



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

EVANEIDE LIMA DOS SANTOS

**A AUTOIMAGEM PRODUZIDA PELOS ASSISTENTES SOCIAIS QUE
DESENVOLVEM ATIVIDADES DE GESTÃO NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA – USF DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE.**

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2016

EVANEIDE LIMA DOS SANTOS

**A AUTOIMAGEM PRODUZIDA PELOS ASSISTENTES SOCIAIS QUE
DESENVOLVEM ATIVIDADES DE GESTÃO NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA – USF DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social – PROSS, da Universidade Federal de
Sergipe, como requisito parcial a obtenção do título de
Mestre em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Nailsa Maria Souza Araújo

**SÃO CRISTÓVÃO/SE
2016**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237a

Santos, Evaneide Lima dos

A autoimagem produzida pelos assistentes sociais que desenvolvem atividades de gestão nas Unidades de Saúde da Família – USF do município de Aracaju/SE / Evaneide Lima dos Santos ; orientadora Nailsa Maria Souza Araújo. – São Cristóvão, 2016.

115 f.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2016.

Serviço social - Gestão. 2. Atenção primária à saúde. 3. Assistência social – Aracaju(SE). 4. Trabalho – Assistência social. I. Araújo, Nailsa Maria Souza, orient. II. Título.

CDU 364-78(813.7

EVANEIDE LIMA DOS SANTOS

**A AUTOIMAGEM PRODUZIDA PELOS ASSISTENTES SOCIAIS QUE
DESENVOLVEM ATIVIDADES DE GESTÃO NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA – USF DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social – PROSS, da Universidade Federal de
Sergipe, como requisito parcial a obtenção do título de
Mestre em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Nailsa Maria Souza Araújo

Aprovada em _____ de _____ de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prf^a Dr^a Nailsa Maria Souza Araújo

Prf^aDr^a Maria Cecília Tavares Leite

Prf^a Dr^a Rosângela Marques dos Santos

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui não foi tarefa fácil. Sou muito grata a Deus pela oportunidade de vivenciar essa experiência, de fato, enriquecedora.

Agradeço aos meus pais, Maria José e Evandro, os quais estiveram sempre ao meu lado torcendo por minha vitória. A meu filho, muito amado, Saulo Faruk que se fez “homenzinho” mais cedo para entender os momentos em que não consegui me fazer presente por conta das atribuições inerentes ao Mestrado. Minhas sobrinhas Anna Luiza e Maria Eduarda, que me incentivaram a continuar com todo amor e carinho. Tia ama muito essas pequenas!!!!

Agradeço as minhas irmãs, Evânia, Edjane e Eugênia por todo apoio e compreensão. Sempre reservaram uma palavra de incentivo quando me percebiam agitada pelos entraves naturais do caminho. Meus cunhados Robinho, Samir e Alan por toda atenção que me dispensaram. Meu primo João Vítor que sempre me socorreu quando o computador teimava em me “boicotar”. Sua intervenção possibilitou que os passos fossem mais largos em vários momentos. Agradeço ao meu mentor espiritual e aos espíritos de luz que, por vezes, estiveram ao meu lado emitindo vibrações positivas.

A minha atenciosa e competente orientadora, Nailsa, por todo o auxílio e tranquilidade no percurso desse sonho realizado. A admiração pelo seu trabalho vem desde o período em que era discente da graduação. Obrigada por tudo. Tudo mesmo!

Agradeço as professoras que compuseram minha banca de qualificação e também a mesa examinadora, Cecília e Rosângela. Suas contribuições foram de suma importância para a concretização desse estudo. O carinho que guardo em meu coração é muito especial. Obrigada pelo comprometimento de vocês!

Ôxe! Agora vem as amigas queridas que ganhei nesse percurso. Vamos lá, então: Inácia, Bia, Catarina, Lary, Ceicinha, Fátima, Flavinha, Ilma, Simone Dativo, Michelle, Simone Moreira. Com vocês a caminhada se fez mais leve e divertida. Nossa amizade se faz eterna!

Ao Programa de Mestrado da UFS, corpo docente, em especial, a professora Lica, sempre disponível e disposta a orientar de forma paciente e carinhosa. Ao administrativo, enfatizando a disposição e auxílio de Walter.

Aos Profissionais de Serviço Social que lutam por uma Política de Saúde, de fato, integral e de qualidade.

RESUMO

O cenário que se faz notório na atual configuração das políticas sociais brasileiras é o de regressão de direitos, aliado à desconstrução das conquistas históricas da classe trabalhadora. Esse movimento de retrocessos tem provocado significativas mudanças na área da saúde, em especial na Atenção Primária. Desde sua implantação se fez presente nesta sub-área o profissional de Serviço Social, em especial no âmbito da Estratégia de Saúde da Família – ESF, seja trabalhando nas atribuições privativas do assistente social seja exercendo o cargo de gestor dos serviços de saúde aí prestados. O presente estudo objetivou analisar a autoimagem produzida pelos assistentes sociais que desenvolvem o último tipo de atividade no município de Aracaju/SE. Norteou-se pelo método histórico-dialético, o qual procura captar as mediações que explicam a atuação desses profissionais considerando tanto as particularidades de sua formação acadêmica quanto sua condição como trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista madura. Para a captação dos dados foram utilizadas as seguintes fontes: livros, revistas, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Evidenciou-se, nos resultados, entre outras questões, a conjuntura de precariedade em que estão inseridas as relações de trabalho nesse espaço de atuação e, conseqüentemente, fragilidades na execução da política de saúde em suas diversas instâncias. Também foi possível observar a realidade de apartação, por parte dos profissionais, quanto a algumas das prerrogativas defendidas pelo Serviço Social, o que levou a descobrir uma autoimagem que foge, em diferentes aspectos, ao perfil profissional requerido pela formação profissional em Serviço Social. Em vista disso não se identifica a função de gestor como uma das possíveis atribuições do assistente social.

Palavras-chave: Atenção Primária. Gestão de serviços. Trabalho. Autoimagem. Serviço Social

ABSTRACT

The scenario that is evident in the current configuration of Brazilian social policies is the rights of regression, together with the deconstruction of the historical achievements of the working class. This movement of setbacks has caused significant changes in health, especially in primary care. Since its implementation was present in this subarea the professional social work, particularly in the context of the Family Health Strategy - ESF, is working in the private duties of the social worker is occupying the position of manager of health services there provided. This study aimed to analyze the self-image produced by social workers who develop the latter type of activity in the municipality of Aracaju / SE. Guided by the historical and dialectical method, which seeks to capture the mediations that explain the performance of these professionals considering both the particularities of their education as their condition as a worker inserted in the social division of labor and technique in mature capitalist society. To capture the data the following sources were used: books, journals, theses, dissertations and scientific events. It showed up in the results, among other issues, the situation of precariousness in which they operate labor relations in this area of activity and, consequently, weaknesses in the implementation of health policy in its various instances. It was also possible to observe the reality of apartheid, by professionals, as some of the prerogatives advocated by the Social Service, which led to discover a self-image that runs in different ways, the professional profile required for vocational training in social work. In view of this it does not identify the manager's role as one of the possible tasks of the social worker.

Keywords: Primary. Service management. Work. Self image. Social servisse

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice I: Termo de Consentimento..... 112

Apêndice II: Roteiro de Entrevista..... 114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABESS -Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANAS – Associação Nacional de Assistentes Sociais

ANS- Agencia Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais

CCQ – Círculos de Controle de Qualidade

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEME – Central de Medicamentos

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CIB – Comissão Intergestores Bipartiti

CPMF – Contribuição provisória sobre movimentação financeira

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Assistência Social

DEM - Democratas

DRU – Desvinculação de Receitas da União

EAD – Ensino a Distância

EUA – Estados Unidos da América

FNEPAS – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde

FUNABEM – Fundação Nacional de Bem- Estar ao menor

IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensão

IAPAS – Instituto de Administração financeira da Previdência e Assistência Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Impostos sobre circulação de mercadoria e serviços
IES – Instituição de Ensino Superior
INAMPS- Instituto Nacional de Previdência Médica da Assistência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOPS- Lei Orgânica da Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
ONG – Organização não governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS – Programa de interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PSDB – Partido Socialista Democrático Brasileiro
PSF – Programa de Saúde da Família
SIMPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TPM – Total Productive Maintenance
TQC – Total Quality Control
URSS – União da Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF -Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
-------------------------	-----------

CAPÍTULO I

1. SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA E O MOVIMENTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO: ELEMENTOS PARA DEBATE	23
1.1 A Política de Saúde na particularidade da Formação Sócio – Histórica Brasileira	23
1.2 A Seguridade Social Brasileira Pós- 1988.....	31
1.3 A Saúde como constituinte da Seguridade Social Brasileira.....	37

CAPÍTULO II

2. A IMAGEM PROFISSIONAL NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	45
2.1 As nuances da categoria “trabalho” na contemporaneidade	45
2.2 O trabalho do assistente social e suas representações históricas: uma imagem em construção	53
2.3 O trabalho do assistente social na saúde	59
2.4 O trabalho de gestão na saúde	66
2.5 O trabalho do assistente social na gestão de Unidades de Saúde da Família – USF no município de Aracaju/SE	71

CAPÍTULO III

3. A IMAGEM E A AUTOIMAGEM DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES DE GESTÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE DE FAMÍLIA - UFS NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE.....	78
--	-----------

3.1 Perfil profissional.....	78
3.2 Prática profissional.....	82
3.2.1 Conceito de Saúde.....	82
3.2.2 Análise contextual sobre a atual Política de Saúde Brasileira.....	84
3.2.3 Viabilidade do SUS.....	85
3.2.4 Serviços prestados á população pela USF.....	87
3.2.5 Atividades desenvolvidas pela gestão.....	88
3.2.6 Autonomia profissional.....	90
3.2.7 Trabalho de Gestão.....	91
3.2.8 Conceituando Gestão e Gerência.....	92
3.2.9 Reconhecendo-se enquanto assistente social.....	94
3.2.10 Progressiva substituição de assistentes sociais por outras categorias profissionais na gestão de USF.....	95
3.2.11 Imagem e autoimagem profissional.....	97
 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 102
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
6. APÊNDICES.....	111

1. INTRODUÇÃO

As políticas sociais emergem em meio ao debate sobre o papel do Estado frente aos limites do liberalismo. Podem-se destacar dois motivos para essa afirmação: o crescimento do movimento operário, a partir do seu potencial de reivindicação política, tendo como origem a vitória do movimento socialista na Rússia de 1917; e o modelo de trabalho pautado no fordismo¹. À medida que o primeiro fato dava alento às lutas comunistas, o fordismo acontecia como organização do trabalho nas grandes fábricas, facilitando a organização dos trabalhadores. Um eventual terceiro motivo consistiria na monopolização do capital. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Historicamente, o Estado capitalista sofreu diversas modificações, as quais se fazem na relação e no jogo de forças entre as demandas da classe trabalhadora organizada e a requisição de acumulação e valorização do capital. Esse mesmo Estado tem acompanhado tanto os períodos de crescimento/desenvolvimento do capitalismo quanto os de sua estagnação, modificando-se histórica e estruturalmente e cumprindo com louvor o papel de reprodutor social do trabalho e do capital (REZENDE; CAVALCANTI, 2009).

O assistente social é um profissional que se particulariza nesse contexto, visto sua vinculação com as expressões da “questão social”², as quais representam a desigualdade promovida pelo capitalismo. Marx e Engels, em meio a seus estudos sobre esse modo de produção, observaram que o trabalho, em sua origem, fundava as condições de existência material e espiritual dos homens, através da transformação da natureza para responder às suas necessidades. Porém, no capitalismo, essa atividade toma novas configurações. “Esse processo de transição – do domínio do homem sobre o processo de trabalho para sua particularização e consequente alienação [...]” (MATOS, 2013, p. 38) substitui o processo criativo, uma vez que essa atividade deixa de ser realizada para satisfazer as necessidades humanas e passa a se constituir em mercadoria – então vendida para garantir sua

¹ Termo criado pelo empresário americano Henry Ford (1863-1947), em 1914, refere-se aos sistemas de produção em massa (linha de produção) e gestão idealizados (em 1913). Autor do livro “Minha filosofia e indústria”, fundador da Ford Motor Company, em Highland Park, Detroit. Trata-se de uma forma de racionalização da produção capitalista baseada em inovações técnicas e organizacionais que se articulam tendo em vista, de um lado, a produção em massa e, do outro, o consumo em massa.

² A origem do termo “questão social” é datada nos anos 1830, ocasião em que o fenômeno do pauperismo é evidenciado pela primeira onda de industrialização na Europa. No final do século XIX, o termo para a ser utilizado no vocabulário de vários autores conservadores, o que provocou sua naturalização e a partir daí passou a não mais fazer parte do pensamento revolucionário. Porém, é com base nas ideias marxistas que a “questão social” pode ser entendida e desmistificada como um desdobramento da própria ordem burguesa (NETTO, 2001).

sobrevivência. Ainda segundo Marx, “Os elementos componentes do processo de trabalho são: 1) a atividade adequada a um fim [...]; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumento de trabalho” (MARX, 2012, p. 212).

Na sociedade capitalista, o trabalho aparece como um meio de satisfação de necessidades físicas, tais como comer, beber, procriar, moradia, etc. Torna-se secundário o fato que o indivíduo possa produzir os seus meios de vida não apenas para a satisfação de uma necessidade física, mas “em relação com as artes da beleza, como diria Marx” (AZEVEDO ; SARMENTO, 2007, p. 88).

O Serviço Social, profissão devidamente institucionalizada, surge na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista³. Frente as contradições da “questão social”, se fez necessário um profissional que atuasse na execução de políticas sociais que são originalmente organizadas para dar um quadro parcial de respostas à mesma. Por isso “nunca é demais indicar que a “questão social”, no Brasil, assim como nos demais países, é o substrato que fundamenta o Serviço Social como profissão” (TAVARES, 2007, p. 132) e mesmo tendo características próprias, o assistente social só existe e permanece por ter uma função a ser desenvolvida na divisão social e técnica do trabalho. No caso brasileiro, a profissão experimentou, desde sua gênese até a década de 1970, influência conservadora, fato que irá refletir na desarticulação desses profissionais com os movimentos esquerdistas ou progressistas no Brasil (MATOS, 2013).

Na expectativa de ultrapassar este histórico que deu suporte ao chamado Serviço Social tradicional, a partir dos anos 1980, por meio da perspectiva de intenção de ruptura, num processo de renovação de seu arsenal teórico-metodológico, técnico e até ético, a profissão tende a visualizar a contradição da realidade social e se assume como parte integrante desta. No decorrer desse período, é assente a análise e definições profissionais em total articulação com o quadro global da vida societária, suas mutações e seus desdobramentos. No bojo desse processo, ora em curso, “o grande desafio apresentado ao assistente social na atualidade é estimular sua capacidade investigativa para apreender a realidade, visando construir propostas de trabalho que possam contemplar e efetivar direitos” (TAVARES, 2007, p. 135).

Para analisar a profissão como parte das transformações societárias se faz necessário transpor o universo estritamente profissional, ou seja, é preciso romper com uma visão

³ As organizações monopólicas estavam destinadas a aumentar os lucros por meio do controle dos mercados, ou seja, “confrontando com o aumento da composição orgânica do capital e com os riscos crescentes da amortização do capital fixo, numa época em que as crises periódicas são consideradas inevitáveis, o capitalismo dos monopólios, visa, antes de mais nada, preservar e aumentar a taxa de lucro dos trustes” (MANDEL, 1969, p. 94).

endógena da profissão e procurar compreender como essas transformações atingem o conteúdo e o direcionamento da atividade profissional, sendo preciso, para tanto, melhor vislumbrar, na história da sociedade, as transformações das quais ela também é parte e expressão. A análise crítica do quadro sócio histórico atravessa e engloba tanto as condições e as relações em que são realizadas, como a própria vida da população usuária, exigindo o alargamento dos horizontes para o movimento das classes sociais e do Estado em suas relações com a sociedade (NETTO, 2009).

Assim,

aos assistentes sociais que objetivam romper com as práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper – através do trabalho e das relações sociais –, com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso aos bens e serviços, resultem num processo educativo; resultem num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, alcançar (VASCONCELOS, 2009, p. 243).

Refletindo sobre o que particulariza o Serviço Social no contexto do trabalho coletivo em saúde, faz-se necessário analisar o que caracteriza essa intervenção profissional no tocante ao comprometimento com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos - o que é considerado pressuposto ideopolítico da profissão. Independentemente do tipo de serviço prestado ou das diferenças entre os usuários, as demandas dirigidas ao Serviço Social vêm obedecendo a uma lógica de organização para a realização efetiva do seu trabalho. O que está em jogo para os assistentes sociais, que tem como foco uma atuação que parta da definição consciente e clara de suas referências ético-políticas, é a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que possibilite a reconstrução permanente do movimento real do objeto - enquanto expressão da totalidade social, construindo, para tanto, condições para uma análise crítica e criativa que só é possível relacionando-se a teoria e a prática. Esses profissionais atuam junto a sujeitos sociais que, em sua história de vida, guardam as dimensões tanto universais como particulares da “questão social” - a qual tem como características expressões históricas e contemporâneas que personificam o acirramento das desigualdades sociais (VASCONCELOS, 2009).

Segundo Bravo (2013), o Serviço Social na saúde teve suas primeiras experiências nos Estados Unidos, ainda no início do século XX, ocasião em que, em razão da expansão dos serviços, a criação de hospitais e a sofisticação dos procedimentos de registro e administração, houve a necessidade de inserção de outros profissionais além de médicos. Nesse contexto surge também a Nutrição e a Enfermagem – com escolas de treinamento.

O assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical) como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementariedade, onde o gestor era o médico, daí ter se usado, à época, a categoria de paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objeto próprio para os paramédicos, ficando sua atuação para aquilo que o médico lhes delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer (MATOS, 2013, p. 57).

No Brasil, o Serviço Social também surge nos hospitais, porém com o objetivo de construir um elo de ligação entre a instituição, a família e o usuário. Sua intervenção era baseada no atendimento com foco na metodologia do Serviço Social de Casos, que trazia em sua prática a referência ao funcionalismo, a partir do qual se compreendia que os problemas vividos pelos “clientes” eram frutos de seu próprio comportamento, sendo necessária a mudança de hábitos para a superação das situações adversas. Assim, “a priori podemos observar que há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional” (MATOS, 2013, p. 61) e até os anos 1980 a profissão ainda se encontrava desarticulada da discussão coletiva de cunho progressista na área da saúde – representada pelo movimento sanitaria. Só a partir dessa década é que os profissionais passam a incorporar os princípios da reforma sanitária, os quais se constituem, em sua maioria, nas propostas que vão se articular em torno do SUS⁴ (MATOS, 2009).

A década de 1980 foi marcada pelo processo de redemocratização política em prol da superação do regime ditatorial instaurado em 1964. Naquele período o país experimentou uma profunda crise econômica. A saúde contou com a participação de novos indivíduos sociais⁵ que discutiram acerca das condições de vida da população brasileira, assim como das propostas governamentais apresentadas para o setor. O mesmo deixou de ser de interesse apenas dos técnicos, passando a assumir uma dimensão política. Personagens como profissionais de saúde, representados pelas suas entidades; o movimento sanitário, que tem o CEBES⁶ como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e da democracia; e os partidos políticos de oposição debateram propostas de universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, a descentralização do processo decisório para as esferas

⁴ O Sistema Único de Saúde - SUS surgiu como fruto das lutas populares e sindicais na área da saúde e teve como perfil um novo ordenamento do setor. O SUS universalizou o direito à saúde, garantindo o pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão. Esse avanço foi reiterado em 1990, com a aprovação das Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90 (NOGUEIRA ; MIOTO, 2009)

⁵ Termo relacionado a centralidade do trabalho na constituição dos indivíduos sociais.

⁶ Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.

estaduais e municipais, o financiamento efetivo e a efetivação da participação popular, através dos aparelhos de controle social – Conferências⁷ e Conselhos de Saúde⁸ (BRAVO, 2009).

Segundo a concepção formal-liberal cabe ao Estado promover o bem-estar comum e garantir os direitos constitucionais conquistados pela sociedade. O acesso a saúde faz parte dessa determinação e para alcançar este objetivo o Estado deve se valer de políticas tanto sociais como econômicas na perspectiva de garantir acesso, que teoricamente deveria ser igualitário e universal, às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo capaz de reduzir os riscos de doenças e outros agravos. A forma como o governo se organiza para prestar essa assistência, no Brasil, está baseada no Sistema Único de Saúde, formado nos três níveis de governo – Federal, Estadual e Municipal e também pelo setor privado, o qual pode ser contratado ou conveniado.

A partir da promulgação da Leis Orgânicas da Saúde (LOS), 8.080 e 8.142/90, do Decreto nº 1.232/94 e, da implementação das Normas Operacionais Básicas (NOB) – SUS 91, em especial das NOB-SUS 93 e 96, que além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, [transferiu-se] para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), antes concentrados no nível federal (PORTARIA 95/GM,2001). Dá-se em seguida a implantação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) – SUS 2001/2002 e, reportando-se à realidade atual, a implantação do Pacto pela Saúde 2006, que diante de prioridades apresentadas serão pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), podendo ser agregadas às prioridades regionais, a partir de pactos locais, que considerarem necessários ao alcance das metas e objetivos gerais propostos (COSTA ; EVANGELISTA, 2009, p. 196).

Em decorrência do art. 18 da Lei Orgânica da Saúde – LOS, a Secretaria de Saúde do município de Aracaju, desde 1994, vem implantando O Programa de Saúde da Família- PSF⁹. Desta maneira, o atendimento passou a ser executado tendo como porta de entrada as Unidades de Saúde da Família – USF, deixando para os hospitais os casos de maior “gravidade”. Com a implementação desse Programa, as práticas profissionais passaram a ocorrer sob os limites de territórios definidos, possibilitando a construção de vínculos entre

⁷ A participação efetiva dos segmentos da sociedade civil nesses espaços se deu a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, em pleno processo de redemocratização do país. Configurando-se como o marco para a legitimação das propostas do movimento sanitário em prol do SUS. A 9ª conferência aconteceu em agosto de 1992, teve como tema “Saúde: municipalização é o caminho”. A 10ª Conferência foi realizada em 1996 com o tema “Construindo um modelo de Atenção à saúde para a qualidade de vida”. A 11ª Conferência foi realizada em dezembro de 2000 e teve como tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. A 12ª Conferência foi realizada em 2003 e teve como tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos (CORREIA, 2009).

⁸ O Conselho de Saúde é um espaço de luta e controle social composto por diversos segmentos da sociedade, que se reúnem de forma deliberativa para discutir os rumos da saúde pública.

⁹ Visto sua temporalidade, na atualidade, denomina-se “Estratégia de Saúde da Família”.

eles e a população. O objetivo anunciado é a garantia do acesso e a resolutividade. As equipes que atuam no ESF são de caráter multidisciplinar, privilegiando as relações horizontais entre os profissionais e trabalhadores da saúde (TAVARES, 2009).

O trabalho do assistente social na ESF, assim como em qualquer outro âmbito de atuação, tem como direcionamento seu projeto profissional hegemônico, o qual está pautado em dimensões de cunho teórico-crítico e político-cultural, sustentado pela organização política da categoria. Alguns dos documentos norteadores tanto da formação como da atuação profissional são a lei que atualmente regulamenta a profissão: Lei 8.662/93; o Código de Ética de 1993; e as diretrizes curriculares. O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS afirma que:

A Lei, como instrumento, pôde articular princípios ético-políticos, e procedimentos técnico-operacionais. O texto legal expressa, pois, um conjunto de conhecimentos particulares e especializados, a partir dos quais são elaboradas respostas concretas às demandas sociais, embora saibamos que a predefinição das atribuições privativas e competências, como uma exigência jurídica/legal, não as garante na prática, posto estarem também condicionadas à lógica do mercado capitalista. (CFESS, 2002, p. 5).

A postura crítica assumida nos anos 1990 traz uma nova concepção de atuação, sobretudo no que tange as competências e atribuições privativas dos assistentes sociais. A lei que regulamenta a profissão proporciona o debate inerente à sua postura frente as novas relações de trabalho. Outrossim, além de vislumbrar a necessidade de conhecer as configurações impostas pelo Estado neoliberal, também se posiciona em prol do reconhecimento de “que o profissional, embora formalmente submetido à lógica do mercado capitalista [...] deve ter clareza de seu papel na divisão social e técnica do trabalho e, por conseguinte, dos compromissos éticos e políticos” (ORTIZ, 2007, p. 265) que foram conquistados num processo de luta e que devem ser ratificados apesar das contradições observadas no atual cenário sócio-político.

Assim como a lei de regulamentação, o Código de Ética (1993) também deu “concretude ao compromisso profissional, de modo a explicitar a dimensão ética da prática profissional, afirmar seus valores e princípios e operacionalizá-los objetivamente em direitos e deveres ” (BARROCO, 2001, p. 200). Com a construção do arcabouço legal, coube à então Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS, em 1993, iniciar um processo de revisão curricular, trazendo a perspectiva crítica para a formação acadêmica. Contudo, tem se observado que, apesar dessas bases, a atuação do Serviço Social tem esbarrado nos desafios pautados na necessidade de concretização de “um contexto maior marcado pela crise do capital e seus principais desdobramentos – a contrarreforma do Estado; a flexibilização do

mundo do trabalho; a tendência ídeo- política expressa no chamado campo pós-moderno” (ORTIZ, 2007, p.273). Mesmo diante dos desafios impostos a efetivação dessa nova postura – que tem como ideologia norteadora o Projeto ético-político construído pela categoria - é inegável que a perspectiva crítica trouxe em seu bojo uma nova imagem profissional, que está presente “no cotidiano das iniciativas e ações das entidades da categoria encarnadas a partir do projeto profissional atual” (ORTIZ, 2007, p.274), proporcionando vinculação direta do assistente social àquele trabalhador que atua na defesa de direitos.

Na delimitação do objeto dessa pesquisa a atenção se voltou para a particularidade da função de gestão exercida por assistentes sociais em USF. Um dos primeiros elementos considerados foi que cada USF conta com um gestor local. Em observação assistemática realizada durante o período de 2009 a 2014, quando estive lotada como servidora pública numa Unidade de Saúde da Família localizada neste município, foi notória a presença de profissionais de Serviço Social na gestão dessas Unidades, o que nos levou a indagar sobre a autoimagem que esses assistentes sociais têm de sua atuação ao desenvolverem atividades nessa esfera de trabalho.

Considera-se autoimagem, a imagem que os profissionais constroem, tanto da profissão, como de si próprios. Porém, isso não quer dizer que essa autoimagem represente, fielmente, a imagem social da profissão, a qual foi construída na seara da divisão social e técnica do trabalho e tem como maior representação seu projeto profissional hegemônico. Dito de outra forma, “a autoimagem configura-se como um conjunto de representações, capturadas da realidade social e histórica e metabolizadas por esses profissionais” (ORTIZ, 2007, p. 12).

Nessa linha de reflexão, alguns objetivos foram traçados, configurando-se como objetivo geral identificar a autoimagem profissional produzida pelos assistentes sociais que desenvolvem atividades na gestão das Unidades de Saúde da Família – UFS do município de Aracaju/SE. Como objetivos específicos elencaram-se: 1) analisar as configurações sócio-históricas da política de saúde no Brasil no âmbito da seguridade social, pontuando alguns aspectos relevantes cunhados na perspectiva do Estado enquanto espaço de construção e desenvolvimento dos sistemas de proteção social; 2) fazer levantamento das ações desenvolvidas no trabalho de gestão em saúde tendo como foco a Atenção Primária e; 3) identificar a prática do assistente social e a autoimagem produzida no âmbito da Atenção Primária no município de Aracaju/SE.

Com o fim do processo de análise dos dados se fez notório que a autoimagem produzida por esses profissionais se distancia, em diferentes aspectos, do perfil profissional

requerido pela formação profissional em Serviço Social. Em vista disso não se identifica a função de gestor como uma das possíveis atribuições do assistente social.

Aracaju é um município brasileiro e capital do estado de Sergipe. Localiza-se no litoral, sendo cortada por rios: o Sergipe e o Poxim. De acordo com a estimativa realizada pelo IBGE durante o ano de 2010, a cidade tem 570.039 habitantes. Somando-se as populações dos municípios que formam a Grande Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Barra dos Coqueiros, Laranjeiras e São Cristóvão, o número passa para 800 mil habitantes. A cidade foi idealizada com "planejamento urbano" desde o início; as primeiras ruas estão organizadas de forma a lembrar um tabuleiro de xadrez. Em sua execução, a cidade apresentou algumas dificuldades de engenharia, pois a região continha muitos pântanos, pequenos lagos e mangues, inclusive no bairro do Santo Antônio, composto por um areal e em zonas mais próximas ao mar (Bairros Salgado Filho, Grageru, São José) era uma área de manguezal, constantemente inundada.

A pesquisa, ora apresentada, caracteriza-se como um estudo exploratório, o qual é realizado, especialmente, quando o tema escolhido é pouco explorado, o que torna difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis sobre ele (GIL, 1999). Ressalta-se a incipiente bibliografia identificada até o presente momento em se tratando da produção acadêmica e científica sobre a temática em foco¹⁰. Além do caráter exploratório, o estudo foi norteado também pela combinação de elementos explicativos e descritivos. Apesar de destacar a predominância da natureza qualitativa desta pesquisa, contemplou-se também as dimensões quantitativas, posto que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos [...] não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”. (MINAYO, 1994, p. 22). Além disso, Günther (2006, p. 04) expressa o valor da abordagem qualitativa ao atribuir as seguintes características:

[...] grande flexibilidade e adaptabilidade. Ao invés de utilizar instrumentos e procedimentos padronizados, a pesquisa qualitativa considera cada problema objeto de uma pesquisa específica para a qual são necessários instrumentos e procedimentos específicos. Tal postura requer, portanto, maior cuidado na descrição de todos os passos da pesquisa: a) delineamento, b) coleta de dados, c) transcrição e d) preparação dos mesmos para sua análise específica.

¹⁰ Trata-se aqui da incipiente produção sobre a atuação do assistente social como gestor da Atenção Primária.

Conforme Richardson (1999), o universo da pesquisa contém um conjunto de elementos que possuem determinadas características, enquanto a amostra refere-se a uma parte, ou um subconjunto representativo do universo em questão. Agora Aracaju possui um total de 43 (quarenta e três) Unidades de Saúde da Família - USF. Portanto, o universo desta pesquisa integrou esse quantitativo. Já a amostra foi definida como do tipo não probabilística. Conforme Gil (1999) consiste em selecionar um subgrupo do universo com base nas informações disponíveis, passando a ser representativo da população. Assim, a amostra foi constituída por 5 (cinco) deles, cujo critério de escolha foi pautado na premissa de se tratarem de USF's gerenciadas por profissionais de Serviço Social.

Como procedimentos metodológicos recorreremos às pesquisas bibliográfica e documental para a coleta de dados. A pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado, a exemplo de livros, revistas, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Já a pesquisa documental é utilizada em praticamente todas as ciências sociais e como delineamento apresenta muitos pontos de semelhança com a pesquisa bibliográfica, posto que nas duas modalidades utilizam-se dados já existentes. A principal diferença está na natureza das fontes. A pesquisa bibliográfica fundamenta-se em material elaborado por autores com o propósito específico de ser lido por públicos específicos. Já a pesquisa documental vale-se de toda sorte de documentos, elaborados com finalidades diversas, tais como assentamento, autorização, comunicação etc (GIL, 2010).

No tocante aos instrumentos de pesquisa, Richardson (1999, p. 82) discorre que “as pesquisas qualitativas de campo exploram particularmente as técnicas de observação e entrevistas devido à propriedade com que esses instrumentos penetram na complexidade de um problema”. Partindo desse ponto de vista, o instrumento para a coleta de dados que foi utilizado neste estudo foi a entrevista semiestruturada ou semidireta, dada a relativa flexibilidade que possui no acesso às informações, visto que permite que as questões não sigam necessariamente a ordem prevista; podem-se introduzir outras que não se encontram no guia de entrevista, de acordo com o transcorrer do processo de coleta de dados. Permite um tratamento mais sistemático destes, sendo julgada a melhor forma de interagir com a amostra estudada e obter informações objetivas e subjetivas com precisão sobre os entrevistados, em *locus*.

As análises e interpretação dos dados foram realizadas a partir de algumas categorias definidas pela própria delimitação do objeto, das quais merecem destaque as categorias Estado, Saúde, Seguridade Social e Trabalho, referenciadas no primeiro e segundo capítulo desse estudo. As demais categorias foram devidamente contempladas no decorrer da pesquisa.

Ressalta-se que a pesquisa foi norteada pelo método dialético, o qual procura captar as mediações que explicam as relações dos complexos com a totalidade para desvendar o real a partir de suas contradições e determinações. Para tanto, parte-se dos fenômenos aparentes e, através de um processo de abstração, busca-se chegar à sua essência, reproduzindo-se a realidade pesquisada no plano do pensamento, enquanto real pensado (KOSIK, 1995).

Na perspectiva de atender aos objetivos propostos para este estudo o primeiro capítulo busca analisar as configurações históricas da política de saúde no Brasil no âmbito da seguridade social, pontuando alguns aspectos relevantes cunhados na perspectiva do Estado enquanto espaço de construção e desenvolvimento dos sistemas de proteção social. Para tanto, fez-se necessário alguns subsídios para a discussão acerca dos desdobramentos e configurações das políticas de proteção social. Foram pontuados os elementos estruturantes da Seguridade Social no Brasil, os quais se configuram como resultado de embates históricos entre capital x trabalho - que tiveram como resultado as orientações e os conteúdos que caracterizaram o Estado de bem-estar social nos países desenvolvidos e que tem sido alvo de constantes investidas do projeto neoliberal. A hipótese que conduziu as análises e sistematizações elaboradas neste capítulo foi a de que a Seguridade Social brasileira, especificamente a saúde, apesar dos avanços constitucionais e institucionais ocorridos na década de 1980, tem sido alvo de um conjunto de ajustes e contrarreformas engendradas por organismos financeiros internacionais e instituídas pelo Estado nacional “que tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública e sucateamento da saúde e educação” (BRAVO, 2009, p.100).

O segundo capítulo elabora discussões imanentes ao alcance dos seguintes objetivos: discutir sobre a “categoria” trabalho, analisar as particularidades históricas de construção da imagem social do Serviço Social e fazer levantamento das ações desenvolvidas no trabalho de gestão em saúde tendo como foco a Atenção Primária e analisar como se dá esse processo em nível municipal. A hipótese que conduziu este estudo foi a de que a atuação do assistente social na política de saúde brasileira tem sido pautada pela precarização e desregulamentação do trabalho.

O capítulo terceiro explora os dados coletados a partir dos quais procurou-se abarcar os seguintes elementos: cotidiano profissional; atribuições profissionais e visão dos profissionais sobre gestão e Serviço Social. A hipótese que conduziu o estudo nesse capítulo foi a de que a prática dos assistentes sociais, como gestores de unidades de saúde da família, apresenta características de apartação das prerrogativas defendidas pela profissão.

CAPÍTULO I

SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA E O MOVIMENTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO: ELEMENTOS PARA O DEBATE.

Este capítulo contempla uma abordagem no tocante as configurações históricas que serviram como base para o atual modelo de Seguridade Social brasileira, então instituído pela constituição de 1988.

Considera-se que as políticas de proteção social são produtos históricos das lutas da classe trabalhadora pelo atendimento de suas demandas, as quais passaram a ser reconhecidas pelo Estado a partir da chamada “constituição cidadã”. Essas conquistas são oriundas dos diversos movimentos pelo processo de redemocratização do país, os quais ocasionaram radicais mudanças nas relações entre o Estado e a sociedade civil.

Em contrapartida a esse processo, nos anos 1990, com a adesão do país a lógica neoliberal, as relações de mercado se fazem presentes na agenda societária e os direitos passam a sofrer intervenções com características de desmonte. Outrossim, as políticas sociais, por vezes, se fazem alvo das investidas do capital no interesse por desarticulação para fins de reprodução das condições materiais de sua existência.

Na particularidade da saúde, os ganhos constitucionais inerentes ao arcabouço legal que compõe o SUS vem sendo representados, paulatinamente, pelo seu sucateamento. Sendo observado o quadro de descumprimento de seus dispositivos, tendo o Estado assumido postura de inércia na implementação e fiscalização de suas ações.

1.1 A Política de Saúde na Particularidade da Formação Sócio-Histórica Brasileira

Apesar das primeiras intervenções políticas na área da saúde terem como foco a assistência ofertada aos trabalhadores (Séc. XX), com o aprimoramento do processo de industrialização nos países centrais essas ações começam a ser assumidas pelo Estado, associadas ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Nesse contexto, o Estado, no papel de mantenedor da ordem social capitalista e mediador nas

relações entre as classes sociais existentes, aprofunda a interferência, iniciando um processo de elaboração de políticas específicas para a área da saúde. (BRAVO, 2009).

No Brasil, o início dessas intervenções se deu no âmbito do processo de organização do Estado moderno. No campo político, trata-se de um período marcado pelo domínio das elites agrárias de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Os ideais republicanos repudiavam a monarquia e visavam a consolidação da ideologia liberal. Na economia, destacou-se a hegemonia da produção de café, a qual mantinha a base do trabalho assalariado recém-implantado. Na indústria, observou-se o crescimento significativo desta produção que, juntamente com o setor agrário, propiciou o fomento da política de imigração, por conta do aumento na demanda de mão de obra (AGUIAR, 2011).

Na área da saúde,

As ações e programas de saúde¹¹ visavam ao controle das doenças epidêmicas, principalmente nas áreas fundamentais para a economia agrária exportadora (área dos portos) e buscavam atrair os imigrantes para a lavoura do café e da indústria incipiente. Assim, as ações de saneamento básico e infraestrutura eram realizadas, prioritariamente, nos espaços de circulação de mercadorias, especialmente, nos portos de Santos e Rio de Janeiro. Em 1902, o presidente Rodrigues Alves lançou o programa de saneamento do Rio de Janeiro e de combate à febre amarela em São Paulo. Essas medidas visavam estimular o comércio internacional e fomentar a política de imigração – trazendo para as lavouras cafeeiras a mão de obra necessária à produção do café (AGUIAR, 2011, p. 20).

O nascimento de ações de saúde pública estrutura-se sob a influência do saber fundamentado na bacteriologia e microbiologia, contrariamente à concepção tradicional, que era baseada em miasmas-predisposições mórbidas que algumas pessoas possuem, ou seja, uma “brecha” no organismo. Nesse mesmo contexto, surge a previdência social, a qual irá incorporar a assistência médica aos trabalhadores.

Funda-se, como marco de embriões das políticas sociais brasileiras, a criação, através do Decreto Lei n.º 4.682, de 24/01/1923, as CAP's, proposta do então deputado Eloy Chaves. Apesar de existirem antecedentes legais, a exemplo da lei de 1809, que tratava das horas de trabalho para mulheres e crianças, o ineditismo de Eloy Chaves é confirmado por Oliveira e Teixeira (1986) em seu clássico estudo, visto que não há como afirmar que as leis anteriores saíram do papel. Quanto as CAP's foram, de fato, implementadas e o modelo de previdência

¹¹ O governador Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz, médico e pesquisador do Instituto Pasteur, para a diretoria geral da saúde pública, o qual elegeu as campanhas sanitárias como modelo de intervenção de combate às epidemias rurais e urbanas, com conotação militar. Como exemplo da resistência enfrentada por esse modelo de intervenção tem-se a reação popular contra a vacinação obrigatória de combate à varíola, ocorrida no período de 10 a 16 de novembro de 1904, quando o centro da cidade do Rio de Janeiro se transformou em campo de guerra e sua contenção deu-se após forte repressão policial, que resultou em muitas prisões e mortes (AGUIAR, 2011).

social que posteriormente será promulgado por Getúlio Vargas herdará sua estrutura (MATOS, 2009).

Essas caixas, inicialmente, garantiam cobertura médica e benefícios previdenciários à categoria dos ferroviários, sendo financiadas de forma “bipartite”, pela classe empresarial e pelos empregados. Ainda na década de 1920¹² essa política foi estendida a mais duas categorias de trabalhadores: os marítimos e os portuários. Esse modelo de proteção social não se configurou de forma aleatória às mudanças propostas pelo liberalismo anteriormente vigente no Brasil. Na realidade, teve como marca a nova postura do Estado frente à temática, mesmo que este tenha exercido pouca ou nenhuma participação em seu financiamento.

Na década de 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, as CAP's foram incorporadas aos IAP's. Esses institutos, diferentemente das CAPs, funcionavam com contribuição “tripartite”, sendo seu custeio realizado pelos empresários, trabalhadores e o governo. Paulatinamente, as CAPs foram sendo incorporadas aos IAPs e, na década de 1950, as primeiras foram extintas definitivamente. Os IAPs, diferentemente das CAPs, funcionam na esfera do governo, fato que proporcionava a centralização das ações e, conseqüentemente, o controle do montante dos recursos arrecadados por estas instituições¹³. O primeiro IAP foi o dos marítimos (IAPM), criado pelo decreto n.º 22.872, de 29/06/1933 (JESUS; SANTOS, 2010).

A alteração fundamental foi: até então, a integração dos trabalhadores era pontual, por meio das empresas em que trabalhavam, pois havia uma CAP para cada empresa; pelos IAPS, passaram a integrar-se por categoria profissional, vinculada à atividade econômica (industrial, comerciais, bancários, portuários e outros). Assim, por exemplo, todos os bancários, independentemente do banco de que eram empregados, tinham um único instituto, o famoso IAPB (SIMÕES, 2009, p. 120).

Tratando-se especialmente da assistência médica, observa-se que até 1930 esta é entendida como principal função do sistema previdenciário vigente, configurando-se sua primeira atribuição por via de serviços próprios. Durante o período que compreende os anos de 1930 a 1945, inicia-se processo de mudança nas configurações desses serviços, a partir de um discurso de contenção de gastos previdenciários, ocasião em que a assistência médica passa a ser restringida e prestada por clínicas e hospitais próprios dos IAPs. Nesse período, o

¹² Nesse período o Estado Brasileiro, na área da saúde, caracterizou-se por dois modelos de intervenção: o Sanitarismo Campanhista – abordagem coletiva e ambiental da doença, caracterizado pela prática autoritária; e o curativo-privatista – realizado através das CAPs e da medicina liberal que privilegia a abordagem individual e medicalizante dos problemas de saúde e negam a relação da doença com as condições de vida dos indivíduos em sua coletividade (AGUIAR, 2011).

¹³ Uma característica importante desse tipo de assistência é a diferença nas coberturas dos serviços, visto que seu tamanho e sua qualidade dependiam do grau de organização de cada uma delas.

sistema previdenciário que norteou o Brasil foi o de orientação contencionista, contrariando o modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930).

O efeito produzido pelo grande e rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos nesses sistemas de previdência foi uma significativa diminuição nos gastos, o que refletiu na acumulação de reservas financeiras, passando, assim, a previdência a se preocupar mais efetivamente com a acumulação de reservas monetárias do que com a prestação dos serviços aos trabalhadores. Outra característica importante desse período foi a procura por demarcação de diferenças entre “previdência” e “assistência social”, as quais antes não haviam. Nessa ocasião também foram definidos limites orçamentários máximos para os gastos com a assistência médico-hospitalar e farmacêutica (BRAVO, 2009).

Como se pode constatar, nesse período, o principal acesso à saúde tinha como prerrogativa os vínculos trabalhistas e/ou disponibilidade de recursos financeiros de cada indivíduo, ou seja, quem tinha emprego registrado na carteira profissional possuía assistência médica através das Caixas de Previdência. Quem não tinha registro trabalhista, mas podia pagar pelo serviço, recorria ao atendimento médico privado (JESUS; SANTOS, 2010).

Segundo Braga e Paula (1986), as principais alternativas adotadas para a saúde pública, nesse período, foram: foco nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde, dos estados de fragilizado poder político e econômico pelo Departamento Nacional de Saúde; deslocamento das ações, a partir de 1937, para as áreas de endemias rurais, em função dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades; reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, o qual incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública; criação de serviços de combate às endemias¹⁴.

A respeito dos anos 1940 pontua-se a criação de um modelo de assistência pautado no atendimento médico individual-privatista e nos princípios do Relatório Flexner¹⁵. Esse relatório tinha como desdobramento importante uma forma de olhar o setor saúde que se centrava nas ciências biológicas e na forma como as doenças eram transmitidas. No Brasil, a

¹⁴ A exemplo do Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), Serviço de Malária do Nordeste (1939), Serviço de Malária da Baixada Fluminense (1940), sendo os dois primeiros financiados pela Fundação Rockefeller, de origem norte-americana.

¹⁵ Embora baseado apenas em visitas de um dia, feitas por ele e um colega, Flexner afirmou que o treinamento de qualidade inferior era óbvio de imediato: "Uma volta pelos laboratórios revelava a presença ou ausência de aparelhos, espécimes de museu, biblioteca e alunos; o cheiro contava a história toda da forma pela qual a anatomia era estudada" [...] Formulou as conclusões de suas avaliações em termos contundentes (definindo, por exemplo, as quinze escolas de Medicina de Chicago como "a mancha do país em relação à formação médica") e logo "as escolas entraram em colapso a torto e a direito, em geral sem um único murmúrio".

operacionalização desses princípios assumiu algumas características particulares e se consolidou, na conjuntura dos pós-1930, com as experiências centralizadoras e privatizantes.

No período da redemocratização (1945-1960), com o aumento do número de serviços previdenciários, essa situação se transformará. Ocorreram diversas críticas sobre a não contrapartida do Estado no custeio da previdência social, assim como discursos do próprio Estado na defesa da sua não contrapartida nesse custeio. Entretanto, ao mesmo em tempo em que se discutia a contenção dos gastos, também se prestigiava o aumento progressivo da contribuição dos trabalhadores para o sistema previdenciário (TAVARES, 2009)¹⁶.

Já os anos de 1964 a 1974 foram marcados pelos ditames da ditadura militar na saúde.

O Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. A unificação da Previdência Social, com junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A Saúde Pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor em 1966 (BRAVO, 2009, p. 93-94).

As configurações da saúde nesse período tiveram como características: a extensão da cobertura para a população urbana e rural; a prática médica curativa; o desenvolvimento de um complexo médico industrial; a intervenção estatal; e o atendimento voltado para a lucratividade. O modelo posto em prática foi o da Medicina Comunitária, que tinha como foco a ampliação dos serviços prestados. Suas propostas sofreram influências vindas da medicina comunitária norte-americana, que se voltava exclusivamente para a população pobre e negra e que, no Brasil, passou a ser apoiada por fundações, sendo geralmente vinculada a alguns movimentos de igrejas e universidades. Essas ações foram aceitas pelo Estado por se tratar de respostas que traziam reduzido custo econômico à grande demanda da saúde na época. Ainda na década de 1970 (mais precisamente em 1976), é criado o Programa de

¹⁶ Exemplo dessa contradição é a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, que nivelou os benefícios por alto e garantiu o direito a assistência médica; bem como a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que, mesmo sendo realizada sem a participação da população, aprovou em suas diretrizes a municipalização da saúde (MATOS, 2009, p. 44).

Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento¹⁷ (PIASS), que legaliza o processo de descentralização, com o apoio do governo federal. Esse programa é elaborado com a colaboração dos técnicos que participam do movimento pela reforma sanitária (MATOS, 2009).

Segundo Mota (1995, p. 137), a política social, durante o período ditatorial, teve como importante característica a

[...] diferenciação dos serviços em função da clientela atendida, a privatização da assistência médico-social, a criação da previdência complementar privada, afora a supressão e o desmantelamento dos mecanismos de controle e de participação dos trabalhadores no sistema de proteção vigente até 1964.

Nos anos 1980, o Brasil, ao mesmo tempo em que vivia sob a égide da ditadura militar, vivenciou o processo de redemocratização política, superando o regime ditatorial iniciado em 1964. Observa-se, no aspecto social,

um agravamento da situação que se expressa, por exemplo: no investimento no setor privado em detrimento do público [...] na inversão de prioridades, com a saúde pública, sendo, em termos de investimento financeiro, relegada a um segundo plano[...]; na introdução acrítica de novas tecnologias em saúde e na ênfase na ideologia do modelo hospitalocêntrico, contrariamente há um aumento progressivo de beneficiários do sistema, contudo, com o maior orçamento da história, tal aumento ocorre sem nenhum controle público (MATOS, 2009, p. 47).

No aspecto econômico, o período foi marcado por crescente apropriação desigual da riqueza por diferentes grupos sociais (ou classes sociais). Segundo Abranches (1985), em 1960, a faixa de cidadãos mais ricos (1% da população) detinha 12% da renda nacional; em 1970, a fatia chega a 15% e em 1980 a 17%, significando que os 10% mais ricos detinham em torno de 50% da renda. Isso numa realidade em que o PIB crescia, em média, 7,1% entre 1973 e 1980. A partir de 1974, a economia entrou em franca desaceleração, com sintomas de colapso que foram confirmados a partir da década de 1980, com a expressiva queda dos principais indicadores de atividade (ABRANCHES, 1985). A renda, a produção industrial e o emprego caíram, em média, 15%, e a inflação permaneceu em alta enquanto a política salarial influenciava na redução da capacidade de consumo (JESUS; SANTOS, 2010).

Em 1977 efetivou-se uma nova reordenação burocrático-administrativa do sistema de saúde com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS). Esse sistema era composto pelos órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – direcionado para o pagamento de benefícios aos segurados; O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – encarregado da prestação de assistência médica individual e curativa por meios dos serviços privados contratados e conveniados aos trabalhadores

¹⁷ Programa que foi criado com a finalidade de extensão da cobertura dos serviços de saúde prioritariamente nas zonas rurais e pequenas cidades do interior do país. Teve sua implantação em algumas comunidades da região Nordeste, seguindo os mesmos princípios preconizados pela atenção primária à saúde (BRAVO, 2009).

urbanos e rurais; a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) – com a finalidade de prestar assistência a população carente; O Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), a Fundação Nacional de Bem-Estar ao Menor (FUNABEM); e a Central de Medicamentos (CEME) (AGUIAR, 2011, p. 32).

Ainda segundo Aguiar (2011), com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), começa a ser difundido, por toda a América Latina, o conceito de Atenção Primária à Saúde, assim como os princípios da medicina comunitária, os quais preconizavam, entre outros quesitos, a desmedicalização, o autocuidado de saúde, a atenção primária realizada por não profissionais de saúde e a participação da comunidade. Nesse período observa-se ainda a criação de alguns programas vinculados a departamentos de medicina em universidades, implementados na perspectiva de formação de estudantes da área médica, o que proporcionaria a construção de novas práticas e concepções para a organização dos serviços de saúde. Esse cenário propiciou a formação de consciência crítica acerca dos problemas sanitários do país, no mesmo passo em que abundante produção acadêmica passa a apresentar severas críticas ao modelo assistencial posto até então, assumindo alternativas de reestruturação do sistema de saúde, a partir, agora, da concepção de saúde como direito de cidadania.

Como os problemas sociais e de saúde agravam-se e a resolução por parte do Ministério da Saúde é lenta e insignificante, cresce a insatisfação da sociedade e um clima propício para o surgimento dos movimentos sociais. Esses movimentos sociais denunciam a ineficiência das estruturas de saúde pública e previdenciária, reivindicam serviços de saúde e lutam por melhores condições de vida à população menos favorecida (AGUIAR, 2011, p. 31).

Os anos 1980, para o Brasil, foram de prolongada recessão e crise econômica. No tocante à saúde, esses anos são lembrados como a década em que a sociedade passou a se organizar de forma mais reivindicatória e com maior participação popular frente aos serviços oferecidos. Essa nova postura foi motivada pela abertura política, fruto da luta dos movimentos sociais organizados, que criticaram o modelo de assistência vigente. As articulações sociais proporcionaram a queda da ditadura, o que resultou em mudanças no controle social. A postura então assumida pela sociedade civil organizada representou a relação existente na situação de classe que se tece em função da transformação societária, o que possibilita, por via de sua consciência particular, a demonstração dos caminhos que apontam para uma alternativa social diferente da que está em curso. Nessa visão, não apenas se observa a presença de fatores intelectuais e intencionais dos sujeitos individuais, mas

também a luta de classes dentro da qual um grupo se constitui, verdadeiramente, enquanto classe (IASI, 2007). Em suma, a década de 1980:

Torna-se campo fértil para a mobilização da sociedade civil organizada, que, com o seu poder de pressão exercido sobre o Estado, cobra por direitos universais, isto é, por um padrão de proteção social democrática e ampla. Em síntese, exige que o poder público tome medidas na direção de um sistema que vá além daquele que vigorara até então, por meio de reformas mais estruturais, as quais são absorvidas e materializadas legalmente na Constituição Federal (CF) de 1988, e representa um avanço em termo de abrangência e/ou cobertura no que se refere ao Sistema de Proteção Social brasileiro. A partir desse momento verifica-se a introdução do conceito de Seguridade Social, que incorporou a Assistência Social e a transformou em política pública, ao lado da Saúde e da Previdência Social, compondo, portanto, o denominado “tripé da Seguridade Social”. (SANTOS, 2014, p. 61).

Entre os sujeitos políticos que participaram desse processo estão as entidades representativas dos profissionais de saúde em geral; o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que difundia e ampliava o debate em torno da saúde e da democracia; os partidos políticos que faziam oposição ao regime ditatorial e também viabilizavam debates no Congresso para as discussões sobre os serviços de saúde; e os movimentos sociais urbanos que, em conjunto com outras entidades da sociedade civil, realizavam eventos, como seminários para discussão da política de saúde. As principais propostas debatidas nesses espaços foram referentes à universalização do acesso; à mudança na concepção de saúde para que obtivesse *status* de direito social; à reestruturação do setor, através da implantação de um sistema unificado; ao reordenamento da saúde individual e coletiva; à descentralização do processo decisório para os níveis estadual e municipal; à forma de financiamento e, por fim, à criação dos mecanismos de controle social - conselhos e conferências de saúde.

Os conselhos de saúde¹⁸ são órgãos de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Já as conferências de saúde¹⁹ são foros de representação de vários segmentos sociais que se reúnem a cada quatro anos para discutir os problemas e indicar aos governantes como desejam que sejam solucionados (JESUS; SANTOS, 2010).

A proposta de participação popular representada por essas instâncias foi levada à VIII Conferência Nacional, realizada em 1986, na cidade de Brasília²⁰. Os debates saíram de fóruns próprios representados pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde

¹⁸ Segundo Correia (2009), os conselhos de saúde se configuram como espaços ocupados pela diversidade de segmentos da sociedade que nele serão representados. São também espaços contraditórios: de um lado, são passíveis de formar consenso, contrarrestando os conflitos iminentes ao processo de acumulação capitalista e, de outro, podem possibilitar a defesa dos interesses das classes subalternas em torno da política de saúde.

¹⁹ Ainda segundo Correia (2009), a história das conferências nacionais de saúde coincide com a história de luta pela participação efetiva dos segmentos da sociedade civil.

²⁰ Lá estiveram presentes quase quatro mil pessoas, destas, cerca de mil na condição de delegados.

Coletiva e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva e Saúde Pública. Todavia, contaram também com a participação de entidades representativas da população em geral, como sindicatos, partidos políticos, associação de profissionais e parlamento (BRAVO, 2009).

Na ocasião foi aprovado um conjunto de mudanças sintetizadas em três grandes temas: o conceito de saúde, articulado com as condições de vida e a intersetorialidade com as demais políticas sociais; a criação do novo sistema de saúde, universal, descentralizado e integral; e o financiamento desse sistema, para que ele não se constituísse em mais um “discurso de intenções”.

As discussões e deliberações aprovadas na VIII Conferência influenciaram de forma decisiva na criação do SUDS, em 1987, como etapa transitória para o SUS e o consequente deslocamento das decisões do MPAS²¹ para as Secretarias Estaduais da Saúde. O SUDS, assim, fica conhecido como a fase da “estadualização” da saúde, quando as ações de saúde migram para esse nível de governo, o que provoca tensões com os diretores dos INAMPS²² e o Ministério da Saúde, insatisfeitos com a perda e deslocamento do poder. Como produto da visibilidade e articulação política dos diversos movimentos sociais, coordenados e articulados em torno do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, nos anos de 1980, conquista-se, por meio da Constituição Federal – que incorpora o conjunto de proposições da VIII Conferência – a garantia do princípio da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a base legal de criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde (BRAVO, 2009).

1.2. A Seguridade Social Brasileira pós-1988

Segundo Vianna (2005), apesar das primeiras ações de proteção social terem sido organizadas no âmbito da previdência, o conceito de Seguridade Social, com efeito, tem significado diverso do conceito de Previdência Social. A previdência é considerada um sistema de cobertura dos efeitos de contingências associadas a vínculos trabalhistas, resultante de imposição legal e financiada por contribuições dos afiliados para seu custeio, cujo objetivo é ofertar benefícios aos contribuintes, então chamados de previdentes, quando, em ocasião adversa, ocorrer perda ou redução de sua capacidade laborativa. “O conceito de Seguridade

²¹ Ministério da Previdência e Assistência Social.

²² Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Social foi instituído pela constituição de 1988, em garantia do direito à saúde, à previdência e à assistência social” (SIMÕES, 2009, p. 95), tratando-se de sistema de cobertura de contingências sociais destinado a todos os que se encontram em estado de necessidade, não tendo caráter seletivo em função dos contribuintes nem a ver com a perda da capacidade laborativa. Destina auxílios a famílias numerosas, pensões não contributivas e complementações de renda, que configuram benefícios de seguridade, porque não resultam de perda e/ou redução da capacidade laborativa e dispensam prévia contribuição (VIANNA, 2005). A institucionalização nesse campo pode ser sumariada nesses termos:

apareceram pela primeira vez, no quadro institucional brasileiro, de forma rudimentar, no inciso 31 do art. 179 da Constituição de 1824, sob o conceito de *socorros públicos*. Institucionalizava o assistencialismo do Estado imperial, então concebido como caridade. A constituição de 1891 manteve-o como instituição, porém com sua execução deslocada do âmbito privado para o da administração pública. Com a constituição de 1934, esse conceito adquiriu natureza previdenciária, sob a forma de seguro social, no âmbito da política trabalhista do getulismo, como direito dos trabalhadores, em reciprocidade com uma contribuição mensal destes, assim como dos empresários e do próprio Estado... A constituição de 1937 não alterou, basicamente, o ordenamento jurídico anterior, omitindo-se parcialmente, com relação à matéria, especialmente na parte do custeio contributivo. Na constituição de 1946, sob o influxo da social-democracia do pós-guerra, a instituição do seguro social foi retomada com notáveis avanços, sobretudo no âmbito da previdência, resultando na conquista da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960. A constituição de 1967, com a emenda de 1969, apesar do regime militar, não divergiu formalmente das duas constituições anteriores... A constituição de 1988, no título sobre a Ordem Social, instituiu o conceito de seguridade social, por meio de ações de saúde, previdência e assistencial social (SIMÕES, 2009, p. 96).

Essas três instituições foram eleitas pelo legislador constituinte visando assegurar direitos e garantir a estabilidade social. O termo “Seguridade Social”²³ não existia na língua portuguesa, sendo adotado desde 1935 pelos Estados Unidos e desde a década de 1940 por países da Europa capitalista, com o significado de ações de serviços e programas sociais. Em geral, são utilizados dois modelos como referência bibliográfica internacional para definir Seguridade. São eles: o bismarckiano, baseado no seguro dependente da contribuição financeira do trabalhador, e o beveridgeano, assentado na universalidade da cobertura, sendo seu financiamento proveniente de impostos fiscais e sua gestão estatal. No caso brasileiro predominaram os princípios bismarckianos na esfera da Previdência Social e os princípios beveridgeanos no sistema público de saúde e de assistência social, constituindo exceção o auxílio doença, o qual era regido pelas regras da previdência (BOSCHETTI, 2003).

²³ Segundo os autores (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009), no Brasil, o termo seguridade social só passou a integrar os dicionários de língua portuguesa a partir de 1988. Em Portugal, o termo é traduzido como “segurança social”.

Na Constituição Federal de 1988 a seguridade social passou a significar um conjunto de ações do Estado que, com participação da sociedade civil, objetiva garantir direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, incluindo, pelo viés do seguro desemprego, serviços de proteção ao trabalhador desempregado. Seu financiamento é mantido por contribuições previdenciárias e recursos orçamentários destinados a esse fim (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009).

A Constituição Federal, no seu Título VIII, que trata da ordem social, dedicou o capítulo II à Seguridade Social. O art.194 estabelece que o Poder Público deve organizar a Seguridade Social com os seguintes objetivos: I) universalidade da cobertura e do atendimento; II) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV) irredutibilidade do valor dos benefícios; V) equidade na forma de participação no custeio; VI) diversidade na base de financiamento; e VII) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BOSCHETTI e SALVADOR, 2009, p. 52).

Segundo o art. 165, § 5º, da Constituição Federal, a lei orçamentária anual deverá ser composta pelos orçamentos fiscal, de investimento e da seguridade social. De forma inovadora, determinou-se que seria criado orçamento com recursos próprios e exclusivos para as políticas da seguridade social. O orçamento da seguridade foi elaborado já nos primeiros anos, após a regulamentação das leis de custeio e de benefício da previdência. O que vem ocorrendo, não apenas no Brasil, mas também em outros países, é a apropriação do fundo público destinado à seguridade social para o pagamento da dívida pública. Importantes parcelas de recursos da seguridade social são desviadas para finalidades distintas, transformando-se, assim, em importante fonte de superávit primário. “Em grande medida, a seguridade social é financiada indiretamente por seus próprios beneficiários e diretamente pelos contribuintes da previdência social” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009, p. 69-70). Do mesmo modo,

O ataque à Seguridade Social passou também pela política de abertura econômica, no que diz respeito a baixar o “custo Brasil”, de uma força de trabalho que é das mais baratas do mundo – em termos de salários indiretos/diretos sociais, para que unidades produtivas transnacionais se instalassem no país com mais facilidades. Outro aspecto é o impacto da maneira de compensar o setor exportador nacional dos prejuízos da abertura comercial [...]: dar isenção de ICMS e das contribuições sociais para esses segmentos. Essa política baixou a receita de estados e municípios, com implicações amplas para os recursos da política social, ou seu desvio explícito, como é o caso da transferência de 20% do Orçamento da Seguridade Social para o antigo Fundo Social de Emergência, que se tornou Fundo de Estabilização Fiscal e hoje se chama Desvinculação de Receitas da União (DRU)²⁴. Na verdade, é difícil

²⁴ A DRU apresenta algumas modificações em relação ao FSE, pois ela não afeta a base de cálculo das transferências dos Estados, Distrito Federal e Municípios nem as aplicações em programa de financiamento ao

falar de um orçamento da Seguridade, já que o que se pode observar é uma forte especialização das fontes, em detrimento de um orçamento global, segundo conceito constitucional. A política, portanto, é cortar, de variadas formas, recursos da área social, nesses tempos de crise fiscal e de intensa disputa pelo fundo público. Dessa forma, o governo brasileiro, no que se refere à proteção social, somou-se ao “pensamento único” difundido a nível internacional (BHERING, 2008, p. 162).

Fica evidente que os ajustes e mudanças no campo da seguridade estão intrinsecamente relacionados à questão do financiamento, como também à participação da sociedade civil, através do trabalho voluntário ou por meio das ONGs. Outro fato importante é o de que a previdência e a assistência social passaram a construir uma unidade contraditória, pois se nega a existência de um sistema único de previdência social pública, mas ratifica-se a necessidade de um sistema único de assistência social. Outro exemplo são os fundos de aposentadoria e pensão e os programas de assistência que, ao mesmo tempo em que promovem laços de solidariedade, incentivam a fragmentação dos trabalhadores, transformando-os ora em “cidadãos-consumidores” ora em “cidadãos-pobres”. Por todos esses aspectos, entende-se que os governos das classes dominantes conseguiram operar transformações que contrariam profundamente as configurações previstas na CF/1988 para a seguridade social. Em razão disso, a assistência social, em plena expansão, adquire caráter de política estruturadora; a previdência social transforma-se em modalidade de seguro social e a saúde obtém caráter de mercadoria, sendo comprada no mercado de seguros de saúde (MOTA, 2009).

As políticas sociais que antecederam a Constituição de 1988 tinham como característica central ações focalizadas e limitadas, que se direcionavam a pequena²⁵ parcela da sociedade, enquanto a maior parte da população seguia dependente do assistencialismo do setor secundário²⁶ e/ou da ajuda eventual do Estado que, por não ter obrigatoriedade legal, não se considerava como interventor compulsório. Igualmente afastada do processo decisório encontrava-se a massa populacional, subtraindo-se, assim, seus direitos políticos. Novo cenário é construído a partir do conceito de Seguridade Social trazido pela CF/1998, com inédito direcionamento para a ordem democrática, a partir da qual se introduziu novo perfil de política social não contributiva.

setor produtivo das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Também não estão sujeitas à DRU as contribuições sociais do empregador incidentes sobre a folha de salários; as contribuições dos trabalhadores e dos demais segurados da Previdência Social; e a arrecadação do salário-educação (BHERING, 2008).

²⁵ Os que mantinham vínculo empregatício.

²⁶ Empresas privadas.

A Seguridade Social foi uma das principais conquistas sociais da Constituição Federal (CF) de 1988, institucionalizando uma forma inovadora de organizar as iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade no acesso aos direitos da previdência social, saúde e assistência social. Para viabilizar as inovações propostas e permitir a efetiva implementação de um sistema de Seguridade no Brasil, a Carta Magna estabeleceu uma ampliação das bases de financiamento para além da folha de pagamento, que passaria a ser composta também pelos impostos pagos pela sociedade e por contribuições sociais vinculadas (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009, p. 49).

As políticas sociais que compõem o chamado “tripé da seguridade” são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, visto que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e forçosamente reconhecidos tanto pelo Estado como pelo patronato. Entretanto, o arcabouço de direitos traduzidos em sua constituição não tem se efetivado de forma rápida e/ou imediata no país - que historicamente foi palco de sistemas de proteção social seletivos, fragmentados e residuais. Mas, apesar dos vários processos ocorridos, a garantia da promoção e da proteção social avançou e, se comparada à realidade antecedente a CF/88, observa-se progressos no que refere ao aspecto da justiça social.

Segundo Mota (2009), é notório que a relação capital x trabalho sempre ocupou centralidade na constituição dos sistemas de seguridade social. As políticas de proteção social – principalmente as executadas em países periféricos - são referenciadas por princípios e valores da sociedade desenhada pelo modo de produção capitalista em sua fase desenvolvida e pelo trabalho organizado (sindicatos e partidos).

Essa reestruturação dar-se-á em todas as esferas da sociedade (social, política e econômica) influenciando diretamente na efetivação dos processos de trabalho, na organização dos trabalhadores e no redirecionamento do papel do Estado frente as demandas sociais. Essa mudança acontece, na atualidade, sobre as orientações do capital financeiro e das ideias neoliberais, as quais procuram construir novas estratégias de relacionamento entre o Estado, a sociedade e o mercado. Constata-se que a década de 1990²⁷ serviu de cenário para duas faces importantes da política brasileira: uma que reconhece direitos, por via das pressões sociais; e outra que restringe e até retira esses mesmos direitos, em razão do processo de reestruturação do capital frente ao período de crise. Nessa última, o objetivo maior é adequar o Estado as novas necessidades do capital - que a fim de sobreviver aos ciclos recessivos,

²⁷ Boschetti e Salvador (2009, p. 53) faz menção, em nota de rodapé, à *cultura da crise* a partir dos anos 1990, referenciada por Mota (2000), ocasião em que se consolidou no país a disputa ideológica pela hegemonia burguesa. O pensamento privatista e a criação do modelo de “cidadão consumidor”, então propagados pelas classes dominantes, passam a assegurar a adesão às transformações no mundo do trabalho e dos mercados de bens e serviços. Serve como direção de convencimento a necessidade de se integrar-se a nova ordem, à qual todos devem aderir posto ser inevitável. Assim, se constrói um novo quadro de contrarreforma do Estado, nos anos de neoliberalismo tardio no Brasil.

firma acordos de superação onde a redução de conquistas sociais está no “topo de lista” das mudanças em prol de sua reestruturação. “O governo de Fernando Collor de Mello foi o primeiro a tentar implementar o projeto neoliberal no país. Entretanto ele foi deflagrado, de fato, desde o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso” (MATOS, 2009, p. 54).

Apesar das mudanças estabelecidas pela Constituição, o Brasil apresenta, já na década de 1990, disparidades econômicas e sociais que são agravadas pela interrupção de grande maioria dos programas sociais implementados sob responsabilidade estatal. O Sistema de Proteção Social brasileiro, nesse momento, ainda se apresenta incipiente e enfrenta a adoção das ideias neoliberais. Observa-se um afronte ao que trouxe a Lei Magna, ou o que Behring (2003) denomina de “Contrarreforma do Estado”, caracterizada pela adesão aos princípios neoliberais (os quais atingiram fortemente a maior parte dos países da América Latina, após a adesão do continente aos ditames do “Consenso de Washington”), que chegaram ao país tardiamente, porém sem perder sua “essência”: um modelo de política reducionista de gastos por parte do poder público, com maior ênfase na área social, além de realizar privatizações de empresas e organizações estatais, em especial nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (SANTOS, 2014, p. 63).

Nesse período reinicia-se o processo de adequação à nova realidade, pautando ações tímidas e minimalistas em relação às políticas sociais, diminuindo seus gastos, priorizando agressivamente à manutenção da ordem capitalista, ou seja, implementa internamente uma política em prol da ideologia defendida pelos sistemas financeiros, político e comercial dos países de capitalismo central, ao mesmo tempo em que começa a regredir em algumas das conquistas de 1988, com especial evidência no campo da Seguridade. Portanto, alguns dos aspectos a serem considerados nesse processo de reestruturação são as reduções dos direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública e, principalmente, o sucateamento da saúde (BRAVO, 2009).

A reforma do Estado defendida por FHC e seus intelectuais partia do discurso da constatação da falência dos estados sociais (a crise do Estado de Bem-Estar social nos países desenvolvidos, a crise do Estado desenvolvimentista nos países em desenvolvimento, a crise do Estado socialista nos países socialistas) e sugeria a criação de um novo Estado, que seria “social-liberal”. [...] A proposta de reforma do Estado identificava neste último quatro setores. O primeiro seria o “núcleo estratégico”, composto pelo Executivo, Judiciário, Ministério Público e outros que deveriam permanecer na órbita do Estado. O segundo, as “atividades exclusivas do Estado, que seriam aqueles setores capazes de policiar, fiscalizar, definir políticas e outros”. [...] O terceiro núcleo seriam os “serviços sociais e científicos”, que a reforma considera que deveriam ser públicos, mas não prestados pelo Estado [...] E, por fim, o quarto núcleo seriam aqueles destinados à “produção de bens e serviços”, que a reforma do Estado sugeria que não fossem mais responsabilidade do Estado (MATOS, 2009, p. 55).

Nos serviços de saúde, o que se tem observado é que esse processo de contrarreforma tem transferido as funções Estatais básicas para o setor privado, adotando o modelo gerencial

ao invés do estilo de administração pública intervencionista, ou seja, o Estado reduz, paulatinamente, sua oferta e gerenciamento dos serviços - adotando o processo de terceirização, tornando-se mero intermediador. Assim, as configurações da política de saúde, contempladas na Constituição de 1988, em que o serviço de saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, paulatinamente vem sendo vinculada ao mercado - como as parcerias com o terceiro setor²⁸, tendo a refilantropização²⁹ como uma de suas manifestações mais comuns.

Outras determinações a serem observadas pelo pacto neoliberal refletem-se no desrespeito ao princípio da equidade, já que, por ocasião do sucateamento da rede de Atenção Primária - que sofre com um número insuficiente de profissionais e a escassez de materiais para procedimentos de rotina - a prioridade tem sido a assistência médico-hospitalar, privilegiando-se o atendimento nos serviços de média e alta complexidade. Um outro aspecto a ser considerado diz respeito à adoção do método de remuneração por produção, o qual tem proporcionado inúmeros atos de corrupção. Nesse contexto, observa-se a presença de dois projetos que funcionam em conflito: o de reforma sanitária, que começou na década de 1960 e atingiu seu ápice no período de redemocratização do país, e o projeto de saúde construído pelas novas determinações do capital frente ao seu processo de reorganização (BRAVO, 2009).

1.3. A Saúde como Constituinte da Seguridade Social Brasileira

A arquitetura da seguridade social brasileira pós-1988 tem como orientação legal os preceitos e conteúdos sinalizados pelo Estado de Bem-Estar nos países desenvolvidos. Nessas nações, as diretrizes e programas então construídos visavam diminuir os conflitos e tensões através das políticas sociais, podendo-se destacar a saúde, o trabalho, a educação e o lazer, entre outras. Na época de constituição dos *Welfare States*³⁰ os Estados Unidos “rivalizavam com a Inglaterra, sendo a América Latina um dos territórios no qual esse país concentrava investimentos” (BRAVO, 2013, p. 61).

²⁸ Refere-se às organizações oriundas da sociedade civil organizada.

²⁹ Filantropia dentro dos moldes neoliberais. Uma progressiva responsabilização da sociedade civil, via Organizações Não Governamentais (ONG), ou seja, incentivo ao voluntariado.

³⁰ Refere-se a um modo de regulação proposto pelo capitalismo que apresentou distintos desdobramentos em vários países da Europa e nos Estados Unidos, dando origem a um conjunto de instituições de bem-estar social que passaram a compor diversificado e amplo sistema de proteção social (RAICHELIS, 2009).

No Brasil, o Estado de bem-estar social configurou-se como um “Estado de mal-estar social”, pelas precárias condições de organização e estruturação das políticas sociais públicas. A adoção das políticas neoliberais pelo Estado tem ocasionado um alto grau de empobrecimento da população brasileira; o resultado mais aparente deste processo de empobrecimento é o crescimento exponencial da violência urbana (MOREIRA, 2006, p. 18).

Ainda que de modo particular em cada formação social, a institucionalização dos serviços de saúde se ampliou e passou a atingir o conjunto da população nos países da Europa, América do Norte e América Latina. Do mesmo modo,

a partir da década de 1970, com a recessão econômica, desemprego, movimentos sociais e com a denominada crise do “Welfare State”, evidenciam-se alterações nas políticas de saúde, como a difusão da necessidade de contenção das despesas, racionalização dos gastos, participação popular, promoção da saúde, etc. (BRAVO, 2007, p. 34).

Na realidade brasileira, o mercado de trabalho, o grau de pauperização da população e o nível de concentração de renda possibilitam afirmar que a concepção de saúde não foi, de fato, objetivada num tipo de acesso universal aos benefícios sociais. Entretanto, essas fragilidades não são suficientes para negar as conquistas realizadas pelos trabalhadores brasileiros a partir dos anos 1980, quando adquiriram novos direitos e ampliaram o acesso a serviços públicos não mercantis. Entretanto, também está claro que esse movimento esbarra nos limites da democracia formal, visto que o processo de socialização da esfera política não teve equivalente êxito na esfera econômica (MOTA, 2009).

Foram criadas novas formas de consenso, como a descentralização, a parceria público/privado e a participação indiscriminada das classes, que se juntam ao processo de focalização e responsabilização individual. Dessa forma, observam-se, no campo da seguridade social, as seguintes tendências presentes na conjuntura atual: regressão das políticas de cunho redistributivo, de natureza pública e constitutiva de direitos; processo de privatização e mercantilização dos serviços sociais; emergência de novos protagonistas, a exemplo de empresas socialmente responsáveis e o voluntariado; despolitização das desigualdades sociais de classe em face da identificação dos então chamados processos de exclusão e, por fim, o peso de algumas políticas de seguridade social no mercado de trabalho. Esse vetor restringe as medidas de enfrentamento da pobreza em prol de ações pontuais e duvidosas contra o desemprego (MOTA, 2007).

Na constituição vigente o SUS está descrito no capítulo da Seguridade Social, especificamente nos artigos 196 a 200. A saber,

- O artigo 196 explicita que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, o qual tem a função de garantir o acesso universal e igualitário através de ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
- O artigo 197 considera as ações de saúde como sendo de relevância pública;
- O artigo 198 constitui o Sistema Único de Saúde, definindo-o como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde cuja organização deve pautar-se nas diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo das atividades curativas; e participação da comunidade. Define ainda que o financiamento do sistema de saúde brasileiro será feito com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes;
- O artigo 199 mantém a assistência à saúde livre à iniciativa privada, explicitando, porém, que as instituições privadas poderão participar do SUS de forma complementar, segundo diretrizes do SUS e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos;
- O artigo 200 apresenta as competências do Sistema Único de Saúde, detalhando as suas atribuições. Essas atribuições foram mantidas na Lei Orgânica da Saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde – SUS foi o marco para a configuração de um serviço de saúde universal e igualitário, em que o Estado passou a assumir a tarefa de executar políticas sociais e econômicas que promovam a redução do risco de doenças e outros agravos. Logo após sua promulgação vários artigos deveriam passar pelo processo de regulamentação, no prazo de 180 dias. Entretanto, devido à conjuntura caracterizada pela ascensão do projeto neoliberal nos primeiros movimentos da curta gestão do então presidente da República, Fernando Collor de Melo³¹, foram criadas dificuldades para sua efetivação, com o objetivo de

³¹ Fernando Collor de Melo venceu o pleito eleitoral de 1989, etapa tão esperada do processo de redemocratização e mais um momento do embate entre os projetos societários antagônicos que foram se delineando e aprofundando ao longo dos anos 1980. Favoreceu, por uma diferença pequena de votos, a candidatura à presidência que defendia explicitamente as “reformas” orientadas para o mercado, que implicariam um forte enxugamento do Estado como saída para a crise econômica e social brasileira. No entanto, apesar da expressiva votação, as bases de legitimidade de Collor, mesmo entre as elites, eram extremamente frágeis (BHERING, 2008, p.149).

retardar o processo. Somente em agosto de 1990 o Congresso Nacional aprovou a primeira versão da LOS³², que sofreu muitos vetos por parte do poder executivo, mais especificamente nas seções relativas ao financiamento e ao controle social.

Em dezembro de 1990, após várias negociações, foi aprovada a Lei nº 8.142, que recuperou alguns artigos vetados na lei nº 8.080, ficando então caracterizadas como Lei Orgânica da Saúde as leis 8.080/90 e 8.142/90. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde de todo país. Seu artigo 4º explicita que o novo sistema de saúde compreende um conjunto de ações e serviços de saúde prestados através de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações, que são mantidas pelo poder público, além da iniciativa privada complementar. Cabe ao Estado criar as condições para seu pleno exercício (AGUIAR, 2011). Já a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, consolidando-se como importante espaço público de controle social.

Ainda segundo Aguiar (2011, p. 48), quanto ao suporte legal,

Destaca-se que a normatização do SUS vem sendo implementada por uma série de legislações que incluem as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142 de 1990) e outras leis, emendas, decretos, normas e portarias que foram editadas posteriormente, além das leis Orgânicas estaduais e municipais necessárias em cada instância, previstas na legislação federal, que orientam o funcionamento do sistema. A operacionalização do SUS, desde os anos 90, orienta-se pelas Normas Operacionais (Normas Operacionais Básicas – NOBs³³ e Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS³⁴) que foram editadas pelo Ministério da Saúde com base nos acordos entre os gestores do SUS (federal, estadual e municipal), além das resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo.

O SUS é resultado de pacto federativo que gerou grandes transformações relativas à transferência de capacidade decisória, funções e recursos para os estados e municípios. Possui princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade da ação) que expressam as ideias filosóficas e princípios organizativos (descentralização³⁵, regionalização, hierarquização do sistema, a participação e o controle social), que orientam para a

³² Lei Orgânica da Saúde.

³³ Normas operacionais editadas: NOB-SUS 01/91; NOB-SUS 01/92; NOB-SUS 01/93; NOB-SUS 01/96.

³⁴ NOAS-SUS 1/2001 e NOAS-SUS 1/2002

³⁵ A Lei nº 8.080/90 estabelece a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização. Isso implica, além da gestão dos serviços públicos de saúde para os municípios, a transferência de poder decisório e de responsabilidade sobre o conjunto dos serviços (inclusive de prestadores privados) e de recursos financeiros, antes controlados na esfera federal. A descentralização, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços de saúde constitui-se em uma mudança significativa do sistema de saúde. Sua defesa, pelo movimento de reforma sanitária brasileira, parte do pressuposto de que a realidade local é o determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde (AGUIAR, 2011, p. 71).

organização do sistema. Seu sistema é considerado único porque segue os mesmos princípios doutrinários em todo território nacional, agregando os diversos serviços de saúde em uma única rede (JESUS; SANTOS, 2010).

O princípio da *Universalidade* é garantido constitucionalmente por via do acesso de toda a população aos serviços de saúde, nos vários níveis de assistência [...] A equidade, de acordo com o Ministério da Saúde, assegura que a disponibilidade de serviços de saúde considere as diferenças entre os grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de risco e das condições de vida e saúde [...] *Integralidade* é um princípio do SUS compreendido a partir da lei 8.080 como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigindo, para cada caso, ações, serviços de todos os níveis [...] (AGUIAR, 2011, p.50-54 grifos meus em itálico).

Segundo Aguiar (2011), o financiamento³⁶ do SUS está definido na Lei nº 8.080/90, artigo 33, o qual garante que os recursos financeiros devem ser depositados em conta especial – Fundos de Saúde³⁷ -, considerando-se cada esfera de atuação (federal, estadual e municipal) e serão movimentos sob a fiscalização dos conselhos de saúde. Os repasses são estabelecidos no art. 35 da mesma lei, a qual também define a distribuição dos recursos. Esses repasses tomam como base os seguintes aspectos: perfil demográfico e epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede de serviços, desempenho técnico e financeiro do período anterior e níveis de participação desse setor nos orçamentos estaduais e municipais.

A normatização quanto aos recursos para o financiamento do SUS deu-se a partir da emenda constitucional n.º 29, a qual estabelece que os municípios devem destinar 15% de suas receitas e os estados 12% para o financiamento dos serviços de saúde. Já as despesas da União serão baseadas nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da variação nominal anual do Produto Interno Bruto (PIB). Cabe continuar ressaltando que essa proposta de política de saúde, construída na década de 1980, tem sido alvo de constantes processos de desconstrução pelo advento da contrarreforma vivido pelo Estado. “A construção do Sistema Único de Saúde – SUS no país coincidiu e colidiu com a expansão do projeto neoliberal” (MOREIRA, 2006, p. 16). Se observou (e ainda se observa) a presença

³⁶ O financiamento do SUS comporta duas vertentes: a da quantidade e a da qualidade dos gastos. Em termos internacionais, o Brasil gasta pouco em saúde (212 dólares anuais per capita; 96 dólares públicos) valor inferior ao da Argentina (426 dólares; 300 dólares públicos), Chile (282 dólares; 137 dólares públicos) e México (372 dólares; 172 dólares públicos). Para que haja aumento nos gastos públicos, precisa ser regulamentada a Emenda constitucional 29, fato não ocorrido até então (AGUIAR, 2011).

³⁷ Conta especial que engloba todos os recursos destinados à saúde, provenientes das diferentes esferas de governo. Previsto pela Lei nº 8.142/90 para o repasse de recursos da esfera federal para os municípios, os estados e o Distrito Federal.

de um conjunto de prescrições - nomeadas de ajustes e reformas – particularmente nos países periféricos, como é o caso dos latino-americanos (embora não exclusivamente), cujos principais formuladores são os organismos financeiros internacionais. Essas injunções na política social têm relação direta com os empréstimos externos contratados para implementar pacotes que em sua grande maioria já estão prontos e com as condicionalidades definidas (MOTA, 2009, p. 41).

A proposta em que o Estado se tornou executor obrigatório de suas ações tem sido, paulatinamente, desconstruída, passando a vincular-se ao mercado, através das parcerias com a “sociedade civil”. No caso do Sistema Único de Saúde – SUS, apesar da adesão oficial, o que se tem observado é o considerável descumprimento de seus dispositivos constitucionais e legais, assim como omissão, por parte do governo federal, na garantia de sua regulamentação e fiscalização.

Segundo Matos (2009), podemos analisar a política de saúde na década de 1990 dividindo-a em quatro fases: a primeira (1990-1992) corresponde a gestão de Fernando Collor de Mello como presidente da república; nela a política de governo foi quem ditou as regras para a área da saúde, desmontando conquistas asseguradas na constituição federal de 1988. Como o único avanço desse período tem-se a promulgação da Lei Orgânica da Saúde – LOS, em 1990. A segunda fase é compreendida pelo governo de Itamar Franco (1992-1994), que teve como Ministro da Saúde Jamil Haddad, o qual, finalmente, extinguiu o INAMPS. Também ocorre nesse período a edição da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-1993), que instituiu três estágios de municipalização: o pleno, o semipleno e o incipiente, configurando-se como um grande avanço no processo de descentralização da saúde. Entretanto, a partir de 1993, quando Henrique Santillo assume esse Ministério, observa-se um período marcado por ausência de iniciativas que visassem avanços para o SUS. A terceira fase (1995-1996), refere-se ao início do primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso como presidente, ocasião em que a pasta da Saúde ficou sobre a responsabilidade de Adib Jatene, sendo esse período marcado pela aprovação da CPMF³⁸, tendo como argumento que sua arrecadação serviria, exclusivamente, para fomentar a ações e serviços de saúde. Na quarta fase (1996- 2002) observa-se a adaptação do Ministério da Saúde às determinações da pasta econômica do governo. Passaram pela gestão do Ministério Carlos Albuquerque (1996-1998) e José Serra (1998-2000).

Nesta fase é aprofundada no Ministério da Saúde a construção da política de saúde pautada nos princípios da contrarreforma do Estado. Não há um avanço no SUS, na perspectiva do movimento sanitário, mas sim o seu [re]direcionamento. Expressões disso foram as diferentes campanhas de saúde (retomando uma ideia superada do sanitarismo-campanhista); um desrespeito às instâncias de controle social; a

³⁸ Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira.

regulamentação, com debate incipiente na sociedade sobre planos privados de saúde; a proliferação, devido ao financiamento vertical proposto pela Norma Operacional Básica (NOB-96), do PSF/PACS; a criação de Agências – tanto de saúde suplementar (ANS) como a de Vigilância Sanitária (ANVISA) [...] contudo, o mais importante foi a estratégia – que não foi totalmente implementada da contrarreforma do Estado na Saúde (MARE, 1998) – que propunha a transferência dos serviços ambulatoriais de referência e dos hospitais para as Organizações Sociais, na perspectiva do que foi tratado anteriormente, donde o Estado contrataria aquele hospital/serviço que julgasse melhor, independente deste estabelecimento ter sido, um dia, público ou não (MATOS, 2009, p. 58).

Nas gestões dos presidentes Luiz Inácio Lula Da Silva³⁹ e Dilma Rousseff,⁴⁰ apesar de explicitarem, como desafio de governo, a incorporação, em suas agendas políticas, dos preceitos da reforma sanitária, suas ações mantiveram a polarização entre os dois projetos, em que se pese uma concentração de ações de focalização e desfinanciamento da saúde pública.

A análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência e Previdência. Com relação à saúde, havia uma expectativa de que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 90 havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista (BRAVO, 2009, p. 102).

Lula, eleito em 2002, trouxe para a ordem do dia proposta de governo que o distanciava da ideologia esquerdista. Entretanto, ainda assim, a votação massiva por ele recebida expressava o anseio da população brasileira por mudanças não só políticas, como também econômicas. Na verdade, em seu governo, deu-se certa estabilização da economia, mas forjou-se uma política social regada a restrições. Algumas questões podem ser observadas relativamente ao governo Lula: seu significado político, visto ter sido resultado de amplo entrelaçamento de setores dos trabalhadores e do capital produtivo; o fato de sua eleição ocorrer em momento de expansão do comércio mundial e de aumento do preço das matérias-primas; o nível de organização do movimento sindical dos trabalhadores e os demais movimentos sociais, com a franca hegemonia do capital; a ampla aliança construída para a eleição, observando-se tendências “moderadas”, que proporcionaram o afastamento do partido dos pontos cruciais previstos em seu projeto inicial (BRAZ, 2004).

Em face dos entrelaçamentos pré-eleitorais, o governo Lula manteve a política macroeconômica dos governos anteriores, fragmentando as políticas sociais. Observa-se que determinadas proposições procuram fortalecer o primeiro projeto (reforma sanitária) e outras

³⁹ Lula foi eleito em 2002 e reeleito em 2006. Sua candidatura “expressava para a população brasileira a possibilidade de mudança de rota da prioridade econômica e política” (MATOS, 2009, p. 60)

⁴⁰ Dilma foi eleita no ano de 2010 e reeleita em 2014, sendo que no mandato vigente enfrentou acirrado processo eleitoral, do qual saiu vitoriosa no segundo turno, após disputa acirrada com o então senador Aécio Neves (PSDB).

mantêm e aprofundam o segundo projeto (determinações neoliberais), enfatizando a focalização e os desfinanciamento da política. No tocante às inovações do governo Lula, nessa área têm destaque certo retorno da concepção de Reforma Sanitária, que, nos anos 1990, passou por período de abandono; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS para ocupar o alto escalão do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde⁴¹ e sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; e a escolha do representante da CUT para assumir o cargo de secretário executivo do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2009).

⁴¹ Esta conferência não ampliou o número de participantes, nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária. Possivelmente pelo fato de que na mesma data ocorreu, em Brasília, a Conferência Nacional de Assistência Social e nessa ocasião foram feitas algumas propostas de modo unificado entre as duas Conferências, a fim de fortalecer a concepção de seguridade social, mas essa sugestão não foi acatada pelas comissões organizadoras. Outro aspecto que pode ter contribuído para a falta de êxito da Conferência foi a fragilidade na condução das plenárias, fato que, conseqüentemente, impossibilitou a aprovação do relatório final. A alternativa encontrada foi a de envio das propostas para os delegados a fim de que as votassem de maneira individual (BRAVO, 2009).

CAPÍTULO II

A IMAGEM PROFISSIONAL NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Este capítulo constitui-se numa abordagem acerca da imagem social da profissão de Serviço Social considerando as nuances da conjuntura brasileira de adequação aos moldes neoliberais. Par tanto, inicialmente, foram pontuadas algumas considerações sobre a categoria trabalho analisada á luz da perspectiva histórico- dialética sendo expostos alguns elementos constituintes dessa atividade na seara do Serviço Social. Na continuidade da abordagem procura-se discutir sobre o processo de construção da imagem social da profissão tendo como parâmetros seus desdobramentos no cenário brasileiro, em especial, no âmbito da política de saúde municipal, discutindo-se sobre sua atuação na gestão da Atenção Primária.

2.1 As nuances da categoria “Trabalho” na contemporaneidade

Os homens se distinguem dos animais pela forma como conseguem satisfazer suas necessidades imediatas, como comer, beber e etc. Nesse estágio, a atividade da consciência pela observância do movimento natural das coisas representa a vitória do comportamento consciente do homem sobre o mero instinto que governa o mundo animal. Esse comportamento é o responsável pela execução do processo de trabalho, o qual requer uma relação objetiva da consciência com seu organismo biológico, onde o cérebro coloca em movimento os músculos e os nervos para a realização de determinada atividade. A história dos homens tem sido pautada na busca pela liberdade de criação na satisfação de suas necessidades, entretanto, a efetivação dessa liberdade jamais será possível sem o desenvolvimento das condições objetivas necessárias à sua realização (NETO,2013).

A busca por essa satisfação, no contexto da sociedade capitalista, é regida por um processo de exploração do trabalho que é “camuflado” por via de um arsenal sofisticado, composto por uma série de “fios invisíveis” que a diferencia das sociedades que a

antecederam. A saber, no sistema escravocrata, os escravos trabalhavam a semana inteira (trabalho excedente) para seus amos e aos domingos (trabalho necessário) cultivavam seus alimentos, a fim de garantir seu sustento. O mesmo ocorria com os colonos durante a segunda metade do século XIX, quando era liberado o plantio de víveres exclusivos para sua sobrevivência entre as fileiras de café - enquanto as plantas eram novas. Quando essa atividade não era mais possível esses colonos podiam plantar em locais diversos indicados pelos fazendeiros (trabalho necessário). A cada família era confiada uma porção de cafeeiros proporcionais à sua habilidade de cultivar, colher e beneficiar. Nesse mesmo tempo era gerado trabalho excedente para compensar os fazendeiros. No sistema feudal europeu essa separação também era bem visível. Os servos trabalhavam sem contrapartida das terras do senhor feudal e para sobreviver executavam atividades laborais em seus lotes de subsistência (trabalho necessário) (NETO, 2013). Já o sistema capitalista,

pressupõe que empreendedores assumam riscos, pois o capital investido em instrumentos de trabalho, em matérias-primas e em salários pode ser perdido, caso não haja venda de mercadorias produzidas. Como o sobretrabalho está corporificado em mercadorias, somente uma operação bem sucedida de mercado pode permitir sua extração. Ou seja: somente a existência de compradores dispostos a pagar o preço destes bens lhes dá solvibilidade e assegura aos empreendedores a realização do lucro (SROUR, 2005, p. 73).

Fica notório que nos demais sistemas econômicos, a exemplo do feudal, as operações não são executadas com essas mesmas características, visto que consegue extrair sobretrabalho de forma direta durante a fase de produção. Afinal, o tempo de trabalho excedente está claramente separado do tempo de trabalho necessário. No caso capitalista, em especial, tudo que é produzido se converte em mercadoria. Isso o diferencia dos demais sistemas onde a produção de valores de uso é fixa e o valor de troca é variável – característica inerente ao sistema latifundiário brasileiro ou do sistema escravista de Roma (SROUR, 2005).

Segundo Harvey (2011), com o passar do tempo o capitalismo foi sofrendo mutações a fim de manter sua sobrevivência. Os capitalistas, ou seja, aqueles que movimentam esse processo, passaram a assumir diferentes identidades. Temos como exemplos: os capitalistas financeiros – aqueles que se preocupam em ganhar mais dinheiro emprestando a outras pessoas em troca de juros; os capitalistas comerciantes – aqueles que compram barato e vendem caro e; os capitalistas rentistas – aqueles que ganham dinheiro com royalties e direitos de propriedade intelectual. Apesar dessas formas, a partir do século XVIII passou a vigorar a modalidade de capitalismo industrial ou de produção, onde o capitalista, tendo selecionado uma tecnologia e uma forma organizacional, entra no mercado e adquire as

quantidades de força de trabalho e meios de produção necessários para o processo de trabalho que deseja efetivar, obtendo como resultado uma mercadoria, então vendida no mercado em troca de lucro. No século XIX, o movimento torna-se cada vez mais rápido e as relações no espaço mais estreitas, mas essa tendência não é mais suave, nem irresistível. Por fim, chega-se aos séculos XX e XXI, quando o capitalismo consegue se manter e sobrevive, apesar de muitas previsões sobre sua morte iminente, nos levando a crer que esse êxito sugere uma fluidez e flexibilidade que se fazem suficientes para ainda se reproduzir por muitos e muitos anos.

É bem verdade que a experiência capitalista tem procurado influenciar a humanidade a uma realidade de profunda crise no nível de suas representações em geral. Ocasão em que objetiva provocar o desenvolvimento de uma consciência de que o mundo em que o homem estava acostumado a desenvolver suas atividades de caráter prático-sensível, a exemplo das relações interpessoais - onde compartilhava com outros homens um conjunto de valores, hábitos e crenças - tem sofrido progressivas substituições por novas e diferentes representações, conceitos e estilos de vida na expectativa de construção da idéia de que “o universo familiar da práxis utilitária e seu senso comum correspondente se desmaterializam e se tornam cada vez mais evanescentes” (TEIXEIRA, 1996, p.15).

A teoria que se tem propagado em função da efetivação desse modo de produção é a de que as coisas devem permanecer como estão, alimentando assim o ceticismo que reafirma o fato de que o capitalismo deve ser vivido como um sistema que, inevitavelmente, gera desemprego e exploração. Para tanto, tem-se convocado a massa trabalhadora a atuar em prol da sobrevivência do capital⁴² colocando-os em concorrência uns com os outros na busca de êxito frente aos postos de trabalho cada vez mais escassos e subalternizados. Nesse contexto, até as diferenças de gênero⁴³, cor, raça e etnia passam a servir como ferramentas fundamentais para a manutenção da força de trabalho pelos capitalistas que, em conjunto com os setores privilegiados, por vezes “lança mão” do machismo e do racismo para minimizar essas competições (HARVEY, 2011).

⁴² Essa afirmativa é sustentada pelos seguintes acontecimentos: nos últimos trinta anos, por exemplo, cerca de 2 bilhões de trabalhadores assalariados foram adicionados à força de trabalho global disponível, em função da abertura da China e do colapso do comunismo na Europa central e ocidental. Em todo mundo, aconteceu a integração das populações camponesas até então independentes nas forças de trabalho. O mais dramático de todos esses acontecimentos foi a mobilização das mulheres que agora formam a espinha dorsal da força de trabalho global (HARVEY, 2011, p. 55)

⁴³ Emprega-se aqui a definição de gênero como “uma constituição social que tem por base as diferenças entre homens e mulheres, sendo que a sua definição vem sendo construída historicamente por diversos estudiosos e por movimentos feministas...Para se entender o conceito de gênero é necessário fazer uma relação entre a identidade feminina e masculina, estas que não são naturais, mas sim fruto da história” (LISBOA, 2015, p. 32).

com o surgimento do capitalismo, as relações sofrem alterações específicas, inclusive na família. Os avanços tecnológicos possibilitaram a inserção massiva das mulheres no meio de produção, sendo que a condição de subordinação do sexo feminino foi utilizada pela burguesia, com remunerações baixíssimas e além das altas cargas de trabalho no âmbito público, a família e o lar continuam sendo responsabilidade das mulheres (LISBOA, 2015).

Tomando à parte as questões de gênero, o que se observa é que diante desse contexto fica cada vez mais notório que a organização da produção, assim como a distribuição da riqueza social tem passado por um importante processo de reestruturação, que afetou todo o arcabouço de regras e princípios que, até então, sustentavam a chamada sociedade capitalista, arcabouço este que ficou em vigor até o início dos anos 1970 do século passado. Nesses tempos, a produção em massa passou a exigir não só a padronização das máquinas como também de seus processos de fabricação e produtos finais, com o objetivo de suprir as necessidades de um mercado que não parava de crescer. Se por um lado a padronização tinha força para eliminar diversos estilos e particularidade de consumo e produção, por outro segmentava a classe operária, com a criação de diferentes especializações, em que cada um desenvolvia uma tarefa específica (TEIXEIRA, 1996).

Ainda nesse período os países industrializados puderam vivenciar uma fase de crescimento rápido e duradouro, proporcionado por três fatos fundamentais⁴⁴. O primeiro, que tem como referência a implantação da relação salarial “fordista” que se baseava na rápida e regular evolução dos salários - onde o capital se comprometia a organizar a divisão dos lucros de produtividade, frutos da organização científica do trabalho. O segundo, então referente às tentativas de estabilização na esfera macroeconômica que, seguindo a orientação Keynesiana, assegurava a produção regular da demanda direcionada às empresas. E o terceiro, que está relacionado a viabilização do financiamento da acumulação do capital pelos sistemas financeiros, administrados a taxas de juros baixas e controladas pelas autoridades monetárias (PLIHON, 1998).

Chegando à década de 1980, várias mudanças e transformações se fizeram presentes, a exemplo de grandes saltos tecnológicos e do desenvolvimento da automação, da robótica e da microeletrônica, os quais invadiram tanto o universo das fábricas como as relações de trabalho e de produção do capital. O que se observa é um mundo de produção cercado por um conjunto de experimentos ainda não consolidados em sua plenitude. O fordismo e o

⁴⁴ Esse regime de crescimento acelerado começou a se desestruturar, no início dos anos 1970, com o desmoronamento do sistema monetário internacional de Bretton Woods, com o aquecimento inflacionário nos Estados Unidos, em 1972, e com a crise do petróleo de 1973. O crescimento declinou enquanto a inflação acelerou; esse foi o início de um processo “estagflacionário” (PLIHON, 1998, p. 99).

taylorismo já não reinam absolutos, mesclando-se com distintos processos produtivos (neofordismo, neotaylorismo, pós-fordismo) onde o cronômetro e a produção em série e de massa são, paulatinamente, substituídos pela “especialização flexível”, por novos padrões de busca de produtividade e por novas formas de adequação do modo de produzir às exigências do mercado.

Exclusivamente nos países de capitalismo avançado importantes transformações no mundo do trabalho impactaram tanto nas formas de inserção na estrutura produtiva como nas formas de representação sindical e política dos trabalhadores de um modo geral. Esses impactos foram (e ainda são) sentidos posto que, à medida que o processo de mundialização do capital vem se desenvolvendo, alterações se efetivam no processo de trabalho, o qual, “debilita a classe, não apenas no aspecto objetivo, com a constituição de um novo (e precário) mundo do trabalho, mas principalmente no subjetivo” (ALVES, 2005, p. 9)⁴⁵ onde as relações são cada vez mais fragilizadas. Chegando ao final dos anos 1980, foi o Toyotismo⁴⁶ que

conseguiu alcançar um poder ideológico e estruturante considerável passando a representar o “momento predominante” do complexo de reestruturação produtiva na era da mundialização do capital. Assumiu, a partir daí, a posição de objetivação universal da categoria da flexibilidade, tornando-se valor universal para o capital em processo. É claro que a projeção universal do Toyotismo, a partir dos anos 80, vincula-se ao sucesso da indústria manufatureira japonesa na concorrência internacional. Durante os anos 70 e 80, diversas técnicas foram importadas do Japão, em diversas ondas, com diferentes ênfases, para diversos países e setores. A primeira onda foi a dos CCQ’s e, quase que em paralelo, a do Kanban/just-in-time. Posteriormente, diversos outros elementos foram adicionados, como TQC (Total Quality Control), Kaizen, técnica dos 5S’s, TPM (Total Productive Maintenance) e outras (ALVES, 2005, p. 29).

Nos anos 1990 esse processo se intensifica e uma múltipla processualidade se faz notória: de um lado o movimento de desproletarização do trabalho industrial fabril, nos países de capitalismo avançado, com repercussão de variados graus nas nações de terceiro mundo, com sinuosa diminuição da classe operária industrial tradicional. Paralelamente, o que se tem

⁴⁵ Com essa afirmação, Alves (2005) chama atenção para o caráter “não neutro” do processo de reestruturação produtiva na perspectiva da luta de classes. Segundo ele: a precarização do mundo do trabalho e dos trabalhadores é algo intrínseco à lei da acumulação capitalista.

⁴⁶ Consideramos o Toyotismo o que pode ser tomado como a mais radical e interessante experiência de organização social da produção de mercadorias, sob a era da mundialização do capital... os primeiros organizacionais do Toyotismo tenderam, no decorrer dos anos 80, a serem adotados por várias corporações transnacionais nos EUA, na Europa e na Ásia (ou ainda América Latina), principalmente no setor industrial (ou até nos serviços)... o aspecto original do toyotismo é articular a continuidade da racionalização do trabalho, intrínseca ao Taylorismo e fordismo, com as novas necessidades da acumulação capitalista. É uma ruptura no interior de uma continuidade plena. Por isso, “embora consciente das diferenças e de suas contribuições específicas, Taichi Ohno (o criador do Toyotismo) preferiu insistir antes sobre as continuidades que sobre as rupturas (ALVES, 2005, p. 33)

observado é um importante crescimento do assalariamento no setor de serviços, com expressiva contratação de contingente feminino na esfera operária. Vivencia-se também a expansão do trabalho temporário, precário, “terceirizado” que vem marcando o caráter dual da sociedade.

O mais brutal resultado dessas transformações é a expansão sem precedentes na era moderna, do desemprego estrutural, que atinge o mundo em escala global. Pode-se dizer de maneira sintética, que há uma processualidade contraditória que, de um lado, reduz o operariado industrial e fabril; de outro, aumenta o subproletariado, o trabalho precário e o assalariamento no setor de serviços. Incorpora o trabalho feminino e exclui os mais jovens e os mais velhos. Há, portanto, um processo de maior heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora. (ANTUNES, 1995, p. 41-42).

A reestruturação da produção e a reorganização do mercado configuram-se como iniciativas indispensáveis para o reestabelecimento do equilíbrio que tem como exigência básica a reorganização dos papéis na recomposição do ciclo de reprodução do capital, mas também das relações sociais então estabelecidas. Esse movimento é consolidado pelas fusões patrimoniais, assim como a cada vez mais íntima relação entre o capital industrial e o financeiro. Dentro dessas transformações se convencionou denominar de “globalização” das relações econômicas a fase de aprofundamento do processo de internacionalização da economia, significando a interconexão dos mercados cambiais, financeiros, de títulos e valores que se fez possível por sua desregulamentação, provocando fluxos maciços e contínuos de capitais entre os principais centros financeiros espalhados pelo mundo. Como resultado desse comportamento tem-se a intensa interpenetração patrimonial entre as grandes burguesias - tanto industriais quanto financeiras - das principais economias capitalistas. Foram criados também oligopólios internacionais e redes mundiais interligadas pela tecnologia que possibilitaram as formas globais de interação que podemos observar até os dias de hoje e que representam a nova configuração do sistema mundial de produção (OLIVEIRA, 1996).

Esse complexo processo de reestruturação produtiva vem impulsionando tanto as metamorfoses do mundo do trabalho industrial como a fragmentação de classe e, conseqüentemente, a emergência de uma nova crise do sindicalismo moderno. Logicamente que essas mudanças são resultados de momentos sócio- históricos estruturais de longa duração, que percorreram o século XIX e o século XX. Na verdade, o que esse complexo regido pela mundialização faz de novo é incorporar com maior celeridade a lei que rege a acumulação capitalista, a qual tende ao enfraquecimento do mundo do trabalho e da

perspectiva de classe. Essa realidade tem impulsionado a diminuição gradativa da classe operária industrial, da qual se passou a exigir novas qualificações, integrando-a ainda mais, sob a lógica do toyotismo, à organização da produção capitalista, gerando um quadro de desemprego estrutural (ALVES, 2005).

ao considerar o processo de reestruturação produtiva como uma resposta à crise de acumulação capitalista, entendo que ele encerra uma estratégia de reorganização da produção e dos mercados. Como tal, interfere na organização da sociedade e no conjunto das relações que se estabelecem entre o capital, o trabalho e o Estado. Deste modo, as mudanças são mediadas pelas ações das classes e pelas transformações operadas neste último que, na atual conjuntura, encontra na ideologia neoliberal um amparo técnico e político para enaltecer o papel do mercado em detrimento da sua ação política (CESAR, 1998, p. 118).

Objetivamente, essa flexibilização do processo de trabalho tem requerido do trabalhador novas exigências que incidem sobre suas qualificações profissionais, sua inserção no mercado de trabalho e seus mecanismos de proteção social. Assim, o discurso empresarial que chama a atenção para a qualificação e as múltiplas competências é similar ao que justifica a redução dos postos de trabalho, a empregabilidade⁴⁷ e a adoção de rígidos padrões de controle do desempenho da classe trabalhadora. Dessa forma, a mesma é persuadida a ponto de interiorizar seu fracasso pessoal como o causador de sua exclusão do mercado de trabalho, sendo convocada a potencializar sua atuação através de capacitações necessárias a maximização da produtividade.

Dito de forma mais conceitual, novas modalidades de trabalho são criadas nesse cenário, a saber: 1) de consumo de força de trabalho – a qual se relaciona a necessidade de polivalência e multifuncionalidade, viabilizadas pela introdução da eletromecânica e microeletrônica, assim como pela crescente informatização do processo de produção e também alterações na divisão sociotécnica do trabalho; 2) de controle da força de trabalho - as quais se relacionam os incentivos à produtividade, assim como aos programas participativos que visam o envolvimento do trabalhador, alinhado aos objetivos da empresa e; 3) de reprodução material da força de trabalho – da qual fazem parte as políticas criadas pela empresa como benefícios oferecidos, que passam a vincular-se a natureza do contrato de trabalho e com o desempenho do trabalhador (CESAR, 1998).

⁴⁷ Cesar (1998) cita Teixeira (1996), quando afirma que o movimento de autonomização e de individualização das relações de trabalho traz em seu bojo a substituição do conceito de emprego por empregabilidade, ou seja, concebendo-se o trabalhador como um profissional disponível, sempre pronto a mudar de trabalho e de ocupação. Isso significa que as mudanças se ampliam para as formas como é interpretado e visto o emprego na sociedade.

Consonantemente, à medida que se tem aumentado as novas exigências quanto ao perfil do trabalhador, também se tem reduzido o uso de trabalho vivo para o aumento de produtividade - o que reflete sensivelmente nas ofertas de emprego e na precarização das condições de trabalho. Aparentemente o desemprego pode até ser visto como “apenas” um resultado de ajustes neoliberais então construídos pela inserção de novas tecnologias poupadoras de força de trabalho, ou seja, o desemprego pode até ser visto apenas como um fenômeno “natural” diante do processo de reestruturação capitalista.

Entretanto, essa visão esconde as condições históricas em que verdadeiramente está pautada a contraditória tendência dessa realidade no mundo. Esse cenário diz respeito a influência neoliberal que vem permeando a criação de políticas econômicas de cunho estatal na contemporaneidade. Essa noção de que a sociedade está sob a influência da “força invisível” do mercado, corresponde, tão somente, a uma concepção capitalista da esfera econômica como uma efetivação automática de coordenação (OLIVEIRA, 1996).

Essa idealização de que “o que está posto não pode ser alterado” tem tido consequências também no interior do movimento operário, onde o determinismo tecnológico passa a se amparar na lógica de mercado, sugerindo que não há saída para as tendências de fim do operariado organizado, dos sindicatos e, conseqüentemente, da luta de classes. Essas representações de cunho ideológico tendem a apontar num sentido inverso, a partir do qual a tentativa neoliberal de estabelecer o mercado total como única forma de possível coordenação tende a reconhecer de forma implícita que o papel do sindicato junto aos operários serve como obstáculo aos objetivos do capital, visto que a escolha entre alternativas sempre leva em conta a contradição existente entre capital e trabalho (NETTO, 1996).

Contudo, esse cenário tem demonstrado rebatimentos na relação dos trabalhadores com o movimento sindical, posto que, em razão do contexto socioeconômico atual, essa classe tem se tornado cada vez mais heterogênea, complexificada e fragmentada. Entretanto, a nítida tendência de diminuição das taxas de sindicalização observadas nos últimos anos não deve ser confundida com uma universalização do sindicalismo. O que se tem observado é a crescente proliferação de grupos sindicais formados por ramos de trabalho, categorizando os trabalhadores e individualizando suas lutas. Outro elemento decisivo na propagação da crise sindical pode ser notado na contradição existente entre os trabalhadores ditos “estáveis” e aqueles que resultam do trabalho precarizado e terceirizado (NETTO, 1996).

é desse modo que surge, em sua plenitude histórica, sob a mundialização do capital, a crise do sindicalismo moderno, considerado um dos principais baluartes de resistência da classe operária contra as usurpações cotidianas do capital. O cerne

essencial e determinante da crise do sindicalismo moderno no limiar do século XXI é a instauração do complexo de reestruturação produtiva, capaz de impulsionar e desenvolver o novo (e precário) mundo do trabalho. É uma crise do sindicalismo moderno que deve ser apreendida não apenas em seus aspectos socioinstitucionais, com o declínio de representação sindical (o que é salientado pelos sociólogos e economistas), mas, notadamente, em seus aspectos político-ideológicos (o surgimento de estratégias neocorporativas, de colaboração com o capital). Essas estratégias caracterizam uma crise do sindicalismo de novo tipo, de cariz estrutural (em que são postos, de modo pleno, os limites de uma práxis sócio histórica que permanece meramente no interior da lógica da mercadoria) (ALVES, 2005, p. 83).

Com esse abismo social existente no interior dessa classe o poder sindical tende a ser reduzido, visto que já não consegue aglutinar os trabalhadores de vínculos parciais, temporários, da economia informal, dentre outros. É certo que essa fragmentação e complexificação da “classe-que-vive-do-trabalho” tem questionado cada vez mais o sindicalismo tradicional e dificultado a organização sindical, o que tem refletido em dificuldades para incorporar as mulheres, os empregados de escritório, os que trabalham nos serviços mercantis, os trabalhadores de pequenas empresas e os de vínculo temporário.

Por fim, o que se pode concluir é que o processo de reestruturação atinge de forma massiva o controle sobre a força de trabalho em razão das novas estratégias de gestão que tendem a ser utilizadas e acabam se efetivando pela parceria entre capital e trabalho; pela forma de atenuar conflitos; e pela crescente intervenção do empresariado no processo de qualificação e reprodução material da força de trabalho. Nessa ocasião, o capital, que antes recebia concessão com base na expansão dos lucros, agora faz concessão com base na lucratividade relativa dos capitalistas entre si, onde a força de trabalho volta a ser vinculada a produção (CESAR, 1998).

2.2 O trabalho do assistente social e suas representações históricas: uma imagem em construção

Para se entender o processo de construção da imagem social de determinada profissão é preciso partir do pressuposto de que a mesma foi construída e reproduzida considerando-se as nuances de sua trajetória sócio-histórica, a qual não se revela como algo abstrato, muito pelo contrário, constitui-se em um conjunto de traços e características que se realizam intrinsecamente às suas condições materiais de existência, historicamente determinadas. Dito de outra maneira, para se entender o processo de constituição da imagem social de uma profissão como o Serviço Social se faz necessário considerar o desenvolvimento histórico, no caso brasileiro, das particularidades do capitalismo e o

enfrentamento de suas expressões (ORTIZ, 2007), entendendo que tais representações se constroem também a partir da forma como seus agentes se percebem, atuam e desenvolvem as atribuições a eles designadas.

O assistente social constitui-se como um trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho a partir de sua vinculação orgânica com os princípios e prerrogativas dispostas no projeto da ordem capitalista. Tal afirmativa é respaldada pelo próprio caminhar histórico percorrido pela profissão, que registra suas primeiras atividades ainda na década de 1930, período em que se observa “a afirmação e o fortalecimento do projeto reformista-conservador, absolutamente afinado com o processo de consolidação do capitalismo no Brasil” (ORTIZ, 2007, p.121). A conjuntura criada à época, com suas características “econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem as questões sociais de forma orgânica e sistemática” (BRAVO, 2013, p.127), quando as demandas apresentadas pela população, em geral, deviam ser respondidas mais pela criação dos consensos do que pela repressão. Portanto,

O Serviço Social historicamente se afirmou como necessário na sociedade na condição de um exercício profissional, como um tipo de especialização do trabalho que objetiva uma intervenção no processo social. Apesar de ter um suposto de explicação da vida social como base para essa intervenção, não surge tendo como prevalência o saber na sua função social. Dessa forma não se afirma como necessário na sociedade como um ramo do saber entre as ciências [...] Portanto, o Serviço Social não tem método e teoria próprios, apesar da necessidade premente de sustentar uma matriz teórico- metodológica que viabilize uma leitura, de preferência crítica, da realidade social, e dessa forma, forneça subsídios e parâmetros para a intervenção (COSTA, 2008, p. 52).

Várias foram as políticas elaboradas nesse período, a exemplo da legislação trabalhista – a qual trouxe em seus textos aspectos inovadores quanto a garantia de direitos básicos para a classe trabalhadora (férias remuneradas, proteção a menores, trabalho feminino, entre outros). As ações profissionais até então constituídas eram de uma prática pautada nos estudos de caso, no desenvolvimento de grupos e na atuação em comunidade. Essas intervenções eram fundamentadas em práticas individualistas com predomínio da autoajuda como critério de orientação. Tal postura fundava-se em valores surgidos nos Estados Unidos durante o processo de ascensão do capitalismo - ocasião em que foram incorporadas tendências individualistas e de competição. Assim, os indivíduos não incorporados a sociedade burguesa configuravam-se como disfuncionais. Sendo essas concepções forjadas no âmbito do funcionalismo, o assistente social, enquanto técnico, deve ajudar esses indivíduos em seu processo de adaptação e/ou ajustamento de conduta para que a sociedade funcione adequadamente (BRAVO, 2013).

Nos anos que sucederam a conjuntura imediata das crises enfrentadas pelo capital, o Serviço Social começa um processo de tecnificação, visto que as teorias até então incorporadas ignoram os determinantes que compõem as estruturas que geraram as crises (BRAVO, 2013). Esse período, além de caracterizar-se pela substituição tardia do modelo agro-exportador pelo industrial, não objetivou elevar o país à condição de nação plenamente desenvolvida e participante do circuito capitalista internacional.

Nesse escopo, a prática profissional do assistente social, paulatinamente, segue ganhando novas configurações; é absorvida pelo Estado com o objetivo de operacionalizar um conjunto de políticas de caráter sócio-assistencial. Na verdade, foram os pilares do projeto capitalista que possibilitaram a construção de condições objetivas para a gênese e desenvolvimento da profissão, que por vezes, norteou suas respostas às demandas que lhe foram apresentadas seguindo prerrogativas de cunho conservador (NETTO, 1996).

Essas modificações foram observadas em nível estrutural e conjuntural, alterando-se o método da ação profissional. Nessa ocasião, seus processos de trabalho são postulados ao nível da eficiência - então pautada na neutralidade científica, na incorporação de técnicas de investigação social, na facilitação do bem-estar social e na supervisão docente. Lança “mão” de teorias produzidas por diversificadas áreas do saber, a exemplo da sociologia e da psicologia, as quais subsidiaram suas práticas durante um longo período. Essa configuração do fazer profissional está relacionada ao crescimento das grandes instituições prestadoras de serviços sociais e assistenciais, então geridas ou subsidiadas pelo Estado, expandindo-se, assim, o mercado de trabalho para os assistentes sociais. Na área da saúde, a imagem profissional passou a ser construída em função da incorporação de técnicas investigativas, as quais objetivavam conhecer as implicações sociais, econômicas, emocionais e políticas que se faziam determinantes no desenvolvimento das doenças (BRAVO, 2013).

Frente a outras profissões, a análise de sua forma de inserção nas nuances do mundo do trabalho capitalista nos leva a detectar importantes características dessa prática, as quais vão construindo uma imagem peculiar ao assistente social, posto que,

com efeito, a análise da bibliografia crítica do Serviço Social nos permite pressupor que a vinculação da profissão ao projeto reformista-conservador, respondendo a determinadas requisições estabelecidas a partir de sua inscrição na divisão social e técnica do trabalho, engendrou as bases necessárias para a constituição de uma definida imagem social, na medida em que tal processo exigiu a formatação de um determinado perfil e ethos profissional capaz de responder às requisições sócio-históricas desse projeto” (ORTIZ, 2007, p.123).

Considerando seus desdobramentos históricos, por muito tempo foi sustentada a falaciosa perspectiva de que não se fazia necessária a apreensão teórica para atuar nesse âmbito profissional - visão essa que atravessou a opinião pública, em geral, ratificando a máxima de que “não precisa estudar muito para ser assistente social”. Considerando, dessa forma, que qualquer indivíduo, principalmente do sexo feminino, que disponha do perfil moral exigido, poderia desenvolver as atividades inerentes a profissão.

No âmbito das políticas sociais, ainda nesse período, esse profissional segue mantendo respostas imediatas as demandas trazidas pelos usuários. Portanto, não será requisitado, em princípio, para formular ou gerir as políticas, mas, sobretudo, para executá-las. A profissão assume um lugar muito particular na divisão social e técnica do trabalho – a “execução terminal da política social” e se particulariza nesse tipo de requisição, haja vista seu perfil profissional então construído segundo os propósitos do projeto reformista-conservador brasileiro. Outro aspecto decorrente de sua particularidade enquanto trabalhador inserido no modo de produção capitalista é sua tendência à subalternidade⁴⁸ – fato este facilmente observado recorrendo-se a uma análise mais crítica da profissão, que objetive entender a presença desse posicionamento, não para restringir-se a si própria ou aos seus agentes, mas tomando-se como fundamento o dinamismo sócio-histórico gerador das condições necessárias para sua emergência (NETTO, 1996).

Há aproximadamente 50 anos a profissão, no cenário brasileiro, passa por um intenso e importante processo de renovação, o qual se iniciou com o amadurecimento crítico da categoria. Esse posicionamento, que passa a ser assumido com maior ênfase nos primeiros anos da década de 1970, começa a ser absorvido por uma minoritária parcela desses profissionais, emergindo não apenas sob a forma de iniciativas individuais, mas como respostas ao contexto sócio-econômico. É nessa conjunta - na qual não mais se pode ignorar as manifestações populares e o processo organizativo de diversas categorias, em sintonia com os movimentos sociais - que a prática do profissional do Serviço Social passa a ser organizada estando vinculada a um projeto de classe. Observa-se, então, importantes tentativas de ruptura com o papel que fora assumido tradicionalmente, a fim de somar forças em prol de um novo projeto profissional; para tanto, foram construídos esforços na busca de fundamentos científicos mais sólidos, que pudessem orientar a profissão para uma atuação passível de rompimento com o mero pragmatismo (IAMAMOTO, 2006).

⁴⁸ Segundo Netto (1996) é exatamente a relação entre estes dois elementos: as demandas postas ao profissional e sua capacidade de resposta qualificada, que tem lhe garantido uma posição efetiva na divisão social e técnica do trabalho. Não é a presença ou a ausência de uma teoria própria ou seu caráter não científico que confere a esta profissão afirmação ou subalternidade, mas sua capacidade de oferecer respostas sócio-profissionais.

Na tentativa de resgatar o contexto histórico de negação de determinada postura, faz-se necessário lembrar que, durante os anos 1980 e 1990 aprofunda-se o processo de negação das chamadas “marcas de origem” da profissão, principalmente no que se refere a sua vanguarda e entidades. Novos traços começaram a fazer parte desse processo de recomposição da imagem profissional, agora então assentada num perfil que se posiciona em prol dos interesses majoritários da população brasileira (ORTIZ, 2007). Em resumo,

a apreciação do processo do Serviço Social no marco da autocracia burguesa indica que os movimentos da dinâmica profissional fizeram mais que responder funcionalmente às demandas e aos condicionalismos que aquela lhe colocava. O caso da autocracia e a sua ultrapassagem revelaram, que, sob ela, o Serviço Social desenvolveu potencialidades sem as quais não apresentaria as características com que veio atravessando a década de oitenta. Efetivamente, a compreensão do envolver profissional sob o regime autocrático burguês, se não pode ser enviesada pelo anacronismo que consiste em pensa-lo a partir das realidades atuais, ganha uma nova luz se se consideram as virtualidades que explicitou quando da superação da ditadura. Também aqui, um estágio de desenvolvimento mais alto contribui para esclarecer aquele que se mostra menos complexo (NETTO, 2011).

Esse posicionamento emerge por exigências apresentadas pelo momento histórico do qual faz parte. À medida que o contingente profissional cresce e se expande se observa um Serviço Social impregnado de propostas teórico-metodológicas, com fraturas ideológicas, projetos profissionais em confronto, práticas múltiplas e concepções interventivas diversas, configurando-se como um “cenário, em primeiro lugar, completamente distinto daquele em que se moveu a profissão até meados dos anos sessenta” (NETTO, 2011, p. 128). O fato é que a profissão recebeu da ordem burguesa os elementos que construíram seu ethos profissional, melhor dizendo, a profissão, por ter suas protoformas fundamentadas sobre a ideologia da burguesia, tornou-se área passível de seu investimento. Além de que, embora nem todos os seus primeiros agentes fossem originários da classe burguesa, alguns eram e muitos aspiravam esta condição, trazendo de suas trajetórias pessoais e de classe contribuições para a formação deste *ethos* profissional (ORTIZ, 2007).

Esse profissional, em sua atuação nos organismos estatais, paraestatais ou privados, tem se dedicado, além da operacionalização das políticas sociais, também ao seu planejamento e viabilização, exercendo, assim, funções de cunho técnico. Do ponto de vista da demanda, tem sido “chamado a constituir-se como agente intelectual de “linha de frente” nas relações entre instituição e população, entre os serviços prestados e a solicitação desses mesmos serviços pelos interessados (IAMAMOTO, 2004). Essas características não se

esgotam no trabalho profissional, mas se estendem nas relações entre os homens no cotidiano de sua vida social, tendo como recurso básico a linguagem.

Quando situado na particularidade do âmbito da gestão, são consideradas as relações entre as classes sociais no cotidiano de produção e reprodução dos meios de vida e também do trabalho sobre suas variadas formas. Questões como: quais são as determinações sociais que afirmam a necessidade desse profissional na gestão? Como configura-se seu processo de mediação entre as forças organizadas da sociedade e o usuário, então detentor do direito? Esses questionamentos representam as implicações políticas da prática profissional, a qual é polarizada por interesses de classes, através de um histórico jogo de forças (IAMAMOTO, 2006). Embora seja reconhecida como de atividade liberal desde os anos 1940, ainda mantém como seu maior empregador o Estado, característica que pode auxiliar no processo de entendimento de algumas posturas então assumidas.

Revela-se como uma das profissões que mais se aproxima dos usuários, e por conta disso, uma das poucas que consegue, de fato, conhecê-los. Essa prática faz com que esse profissional, institucionalmente, possua um acervo de informações sobre os usuários das diversas instituições; assim, a todo momento é chamado a dar pareceres que possibilitem a viabilização de dados, excluindo-se os de caráter sigilosos, aos demais profissionais e técnicos que se debruçam sobre um mesmo caso (ORTIZ, 2007). Apesar da importância do desenvolvimento destas funções socioocupacionais,

a imagem socialmente construída acerca desse profissional é a de que, uma vez voltado para a intervenção cotidiana, próximo do usuário e profundo conhecedor de sua situação pessoal, será o assistente social um dos principais agentes profissionais responsáveis pela efetivação da mudança de comportamento do usuário pela via de um processo de ajustamento. Neste sentido, depreende-se que a requisição da instituição empregadora a este profissional reside geralmente na perspectiva de que é o assistente social mais um agente capaz de desistoricizar as expressões da “questão social”, transformando-a em desvios, disfunções, anomalias que carecem de tratamento. Isso quer dizer que, embora a relação entre o profissional e o usuário seja privada e resguardada por um determinado Código de Ética, que assegura, o sigilo profissional, o que sem dúvida garante certa autonomia, não podemos afirmar que tais aspectos evidenciem alguma independência ao assistente social diante de seu empregador. Ao contrário, a intervenção profissional tende a circunscrever-se à lógica e rotina da instituição, expressas em seus projetos, programas, objetivos e cronogramas (ORTIZ, 2007, p.183 – 184).

Os serviços prestados pelos assistentes sociais vêm crescendo consideravelmente em função das diferentes demandas trazidas pela exponenciação da “questão social”. As ações desenvolvidas por esse profissional objetivam trazer transformações positivas na forma de se mediar/consolidar a garantia de direitos.

Ser assistente social não é apenas transcender o discurso vazio da fala sem a preocupação com a contextualização da realidade social dos usuários, cumprindo-se, apenas, com o regulamento da profissão. Ser assistente social exige tanto a capacidade para se relacionar com os seres humanos como também saber ouvi-los e investigar a conjuntura em que estão envolvidos para posterior construção de estratégias de intervenção. Isso porque esse profissional possui um aporte teórico baseado no compromisso ético-político e capacidade técnica-operacional para uma intervenção de qualidade (ABESS,1996).

Para Iamamoto (2003), a leitura que se faz predominante sobre a prática profissional é a de que a mesma não deve ser considerada isoladamente, “em si mesma”, mas em seus condicionantes sejam eles internos, os quais dependem do desempenho profissional, ou externos, que são determinados pelas circunstâncias sociais nas quais se realiza essa prática. Os internos, normalmente, são referidos as competências do assistente social, a saber, capacidade de leitura da realidade conjuntural, habilidade no trato das relações humanas, dentre outras. Já os externos abrangem um conjunto de fatores que, ao contrário dos fatores internos, não dependem exclusivamente do profissional. Essas configurações vêm desde as relações de poder institucionais às políticas sociais específicas e aos objetivos da demanda da instituição empregadora (IAMAMOTO,2003).

Por fim, considera-se que, na atualidade, a imagem produzida pela atuação do assistente social está intrinsecamente relacionada não só a formação acadêmica de cunho crítico, mas a sua condição enquanto especialização do trabalho socialmente necessário. A saber, no desenrolar do preceito neoliberal “o agente profissional produz serviços que tem um valor de uso, porque atendem as necessidades sociais. Por outro lado, também participam, enquanto trabalhadores do processo de produção e/ou redistribuição da riqueza” (IAMAMOTO, 2009, p. 181). Logo, não há uma relação imediata entre o projeto profissional e os resultados de sua efetivação. Para que esse processo seja entendido se faz necessário contextualizar o trabalho desse profissional dentro das mediações sociais em que se encontra inserido.

2.3 O trabalho do assistente social na saúde

As atividades em saúde, como nas demais áreas, também tem sofrido influência das mudanças tecnológicas e organizacionais do processo de trabalho na atualidade e, apesar de não reunir características típicas da atividade industrial - visto fazer parte do setor de serviços

- essa área sofre influência das organizações produtivas hegemônicas. Por estar posicionado dentro da esfera da produção não-material, a qual se completa no ato de sua realização, esse tipo de trabalho representa um produto gerado no âmbito da prestação de serviço, tendo como fruto formas diversas, a exemplo de: consultas, aplicação de medicação, exame-diagnóstico, cirurgia, dentre outros. Esse modelo de trabalho, em si, envolve um tipo de assistência profissional que é realizada por trabalhadores que dominam determinados conhecimentos e técnicas para fins de atendimento ao indivíduo ou grupos com determinados problemas de saúde ou com risco de adoecimento, tendo essas atividades cunho investigativo, preventivo ou curativo (PIRES, 1998).

A população urbana do planeta, em sua grande parte, tem seus serviços de atenção à saúde desenvolvidos em âmbito institucional, o qual organiza seu funcionamento dentro de determinadas sociedades considerando influências externas, a exemplo de jogos políticos de interesses antagônicos; modelos administrativo-gerenciais hegemônicos, que são adotados por empresas; tecnologias disponíveis para cada área; paradigma hegemônico de produção e características inerentes ao processo específico de produção do próprio ato assistencial em saúde. Esse tipo de trabalho é realizado, cotidianamente, no mínimo, por médicos das diversas especialidades, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Existe ainda um grupo diversificado de trabalhadores que, apesar de não desenvolverem atividades específicas do trabalho em saúde clínico, executam importantes tarefas na assistência institucional (PIRES, 1998).

Apesar das diversificadas formas de atuação, o trabalho em saúde não se dá de maneira isolada. Existe um fazer coletivo o qual é constantemente permeado por episódios de tensão e características inerentes aos serviços de saúde. Contudo, sempre influenciadas pela forma como o trabalho vem sendo desenvolvido no âmbito da sociedade capitalista em geral. No Brasil, a partir da década de 1980⁴⁹, iniciou-se uma disputa em relação à definição de diretrizes políticas para esse campo de trabalho. De um lado foram organizadas as forças que defendiam o direito à saúde e à vida. De outro, encontrava-se o setor privado que defendia seus interesses, indo de encontro a construção de uma política de saúde universal e de qualidade. Como importante resultado desse processo temos a efetivação da reestruturação produtiva que se identifica, quase em sua plenitude, com as mudanças que foram sentidas pelo modelo médico hegemônico, o qual foi alvo de constantes críticas até sua substituição pelo

⁴⁹ Nessa década consolida-se o Sistema Único de Saúde – SUS, o qual tem buscado estruturar a atenção à saúde considerando-a em diversos níveis de complexidade. A saber, nas unidades de nível primário são realizados os atendimentos básicos e preventivos; nas unidades secundárias são realizados os procedimentos de complexidade intermediária, exemplo dos ambulatorios e nas unidades terciárias são realizados os serviços de alta complexidade, que são representados pelos hospitais (MATOS, 2013).

modelo de assistência integral, que até os dias atuais tenta-se colocar em prática (MATOS,2013).

Apesar da saúde se configurar como uma política de atendimento integral de caráter interdisciplinar, o profissional de Serviço Social, para que pudesse se configurar como trabalhador da área da saúde teve que conviver, recentemente, com a capacidade de promoção de sua própria importância dentro dessa política. Mesmo fundamentada como uma “especialização do trabalho coletivo, no marco da divisão sócio- técnica do trabalho, segundo a lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão” (TAVARES, 2009, p.174), alguns marcos se fizeram necessários à confirmação dessa afirmativa. O primeiro deles se refere ao fato de que a profissão de Serviço Social é respaldada pela Resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a presença, não só de assistentes sociais, como de outros profissionais nessa área, dando ênfase ao trabalho multidisciplinar⁵⁰.

O segundo marco se deu na experiência do projeto “Formação Profissional e sua interface com a saúde”, que foi desenvolvido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, no contexto do Fórum Nacional de Educação das Profissões na área da saúde (FNEPAS). Nessa ocasião, outras entidades da área também foram estimuladas pelo Ministério da Saúde a apresentarem projetos de vanguarda, relacionados ao tema proposto, que impactassem na formação de seus profissionais. Seguindo essas orientações, no ano de 2006 foram realizados encontros de formação profissional que contaram com a presença de professores e supervisores de estágio na área da saúde⁵¹.

O terceiro e último aspecto que reconhece a importância do assistente social nessa área pauta-se na considerável demanda destes profissionais inseridos tanto nos serviços da atenção básica como na média e na alta complexidade. Estes, cada vez mais, tem solicitado respaldo aos Conselhos Federais e Regionais da categoria a fim de subsídios que garantam a autonomia no tocante a sua atuação (MATOS, 2013).

Para além desses aspectos gerais, o que também determina a ampliação profissional nessa área é o conceito de saúde, elaborado desde 1948, que teve como foco os aspectos biopsicossociais e determinou a presença de outros profissionais no setor, entre eles o assistente social. Esse conceito é gerado por organismos internacionais que, motivados pelo

⁵⁰ Segundo Matos (2013) o Conselho Nacional de Saúde é uma instância de controle social que reúne os representantes dos usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços para juntos discutirem a situação da saúde e proporem políticas para o tema. Trata-se de um órgão, na gestão pública, permanente e deliberativo, contudo a trajetória histórica dos conselhos, não só do nacional, mas estaduais e municipais, tem sido de muitos percalços e deslegitimidade por parte da maioria dos governantes.

⁵¹ Esse projeto gerou duas publicações: uma com vistas a subsidiar publicações e outra com artigos e relatório desta experiência.

agravamento das condições de saúde da população - em especial dos países periféricos - permitiu dentre outras alterações: inserir profissionais de outras áreas; ampliar a abordagem em saúde através da introdução de conteúdos de diversos níveis; inserir conteúdos preventivos e educativos nas abordagens em saúde; e criar programas prioritários com segmentos da população por razão da inviabilidade de universalização da atenção médica e social (TAVARES, 2009).

Sendo o Serviço Social uma profissão que tem como foco as expressões da “questão social” sua inserção na saúde se deu por meio dos serviços, ocasião em que se buscava a construção do exercício profissional a partir do modelo médico hospitalocêntrico. Contudo, o assistente social, assim como outros profissionais não médicos, por vezes, foi identificado como aquele que poderia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho clínico. Observava-se que a função era desenvolvida tendo como perspectiva a complementariedade, daí a justificativa de ter sido conhecido, por vezes, como paramédico (MATOS, 2013).

Bravo (1996) revela que, tendo como cenário inicial a atuação em hospitais, sua demanda estava pautada na construção de elos entre a instituição, as famílias e os usuários, objetivando garantir a continuidade do tratamento após a alta. Outra característica de sua atuação era a realização de um trabalho com as famílias que, por advento da morte do seu chefe, pudessem ficar desamparadas materialmente. Essas intervenções eram realizadas utilizando-se a metodologia de casos que, “devido a sua referência ao funcionalismo, compreendia que os problemas vividos pelos “clientes” eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação” (MATOS, 2013, p. 57).

A partir de 1950 surgem, principalmente nos Estados Unidos, as propostas racionalizadoras, a exemplo da “medicina integral”, a “medicina preventiva” e a “medicina comunitária” (em 1960), as quais não tiveram repercussão no trabalho do assistente social no Brasil. “Os profissionais mantiveram como *locus* central de sua ação os hospitais e ambulatorios, apesar de os Centros de Saúde⁵² serem criados a partir de meados da década de 20” (BRAVO e MATOS, 2009, p. 200). Os profissionais de Serviço Social só foram absorvidos por esses espaços em 1975.

A década de 1950 é marcada no Brasil e na América Latina como o tempo do desenvolvimentismo. Este se constituiu em uma estratégia propugnada pela

⁵² Os Centros de Saúde contavam, para o desenvolvimento de suas atividades, com médicos, enfermeiros e visitadores. Os assistentes sociais não foram absorvidos neste espaço senão muito mais tarde, em 1975. (BRAVO e MATOS, 2009, p. 200)

Organização das Nações Unidas (ONU) com vistas a frear possíveis movimentos de libertação nacional dos países subdesenvolvidos, frente à ameaça do comunismo representada pela Guerra Fria, polarizada entre EUA (Estados Unidos da América) e URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas). No Brasil, ilustração do desenvolvimentismo foi o governo de Juscelino Kubitschek e sua promessa de crescer o país. É representativo também dessa época a abertura do país para a indústria internacional. A ONU propôs para o país um programa de internacionalização de sua ideologia via um processo educativo no meio rural. Contraditoriamente foi essa iniciativa da ONU um espaço para as experiências educativas na perspectiva libertadora de Paulo Freire. Os assistentes sociais também irão participar dessa perspectiva progressista, mas somente no início dos anos 1960, pois nos anos 1950, em geral, estarão os assistentes sociais trabalhando sob a perspectiva da política desenvolvimentista, por meio da adoção do planejamento tecnocrático, e entendendo o trabalho com comunidade como mais um processo específico: o Serviço Social de Comunidade. Naturalmente, este Serviço Social não teve inserção na saúde, já que à época se compreendia esta atuação limitada aos espaços dos serviços de saúde” (BRAVO e MATOS, 2009, p.58).

Até meados dos anos 1960⁵³ a profissão não sofreu ameaças nem foi vítima de polêmicas que pudessem “colocar em cheque” o bloco hegemônico conservador que norteou a atuação profissional desde sua origem. Até houveram algumas tentativas de ruptura por parte de um pequeno número de profissionais, mas não conseguiram alterá-la. Entretanto, no final dessa década a situação começou a se modificar – respaldada pelas ciências sociais e humanas – mais precisamente em torno da temática do desenvolvimento e suas repercussões na realidade Latino Americana. A chamada modernização conservadora, então implementada no país, teve como reivindicação central a renovação do Serviço Social frente as exigências e controle exercido tanto pelo Estado quanto pelo grande capital (BRAVO, 1996).

O principal veículo responsável pela elaboração técnica do Serviço Social, no período de 1965 a 1975, foi o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS). Este difundiu a “perspectiva modernizadora” no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-1964 (BRAVO e MATOS, 2009, p. 203, apud, NETTO, 1996).

Um dos marcos, ainda que parcial e problemático, deste processo de questionamento das bases tradicionais do Serviço Social se deu por meio do movimento de reconceituação, ocorrido entre os anos 1965 e 1975 em toda a América Latina. Apesar de rico, esse processo não se operou de forma concatenada ao movimento de reforma sanitária brasileiro, o qual reuniu profissionais de saúde e militantes com o objetivo de alterar o modelo vigente, ou seja, o médico-assistencial privatista. O que se observa é que até os anos 1980 a profissão se

⁵³ Segundo Bravo e Matos (2009), é durante os anos 1960 que emerge tanto no Brasil como na América Latina o movimento de reconceituação da profissão de Serviço Social, a qual se desenvolveu de formas diferenciadas em cada país devido a um conjunto de fatores a exemplo da conjuntura política derivada dos golpes militares vivenciados nos anos 1960 e 1970 por cada país dependendo das características locais.

apresenta de forma desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde e somente a partir dos anos 1990 é que se pode afirmar que, de fato, esses profissionais aderiram ao movimento de reforma sanitária (BRAVO e MATOS, 2009).

Os anos 1990 foi o período de implantação, pelo governo do ex-presidente Fernando Collor de Melo e seu sucessor pós-impeachment (Itamar Franco), da ideologia neoliberal no país. Observa-se neste momento e no subsequente, já com a eleição de Fernando Henrique Cardoso em 1993, a presença de dois acontecimentos importantes: o plano real e a contrarreforma do Estado iniciada pelo governo FHC. Nessa ocasião o projeto neoliberal se confrontou com o projeto ético-político do Serviço Social e com o projeto de reforma sanitária. O projeto ético-político tem como objetivo a ruptura com a prática profissional tradicional que se fez hegemônica até meados da década de 1970. Essa nova forma de atuação está pautada no viés do reconhecimento da liberdade como valor ético central e postula o Serviço Social como profissão ativa no processo de luta pela emancipação humana e a plena expansão dos indivíduos. Esse projeto também propõe a efetivação de uma nova ordem social, sem exploração de classe, orientação sexual, gênero e etnia. Trata-se, portanto, de um projeto que, apesar de construído por assistentes sociais, não se encerra com a corporação profissional (NETTO, 1999).

Nos serviços de saúde, por vezes, tem-se o costume de requisitar ao profissional de Serviço Social a intervenção junto ao paciente que - devido dificuldades originárias da sociedade capitalista - apresenta algum tipo de escassez material após a alta médica. Essa requisição pauta-se na justificativa de que o assistente social é o que reúne melhores condições para lidar com as expressões da “questão social” construídas pela dinâmica do capital. Sendo assim, crianças, idosos, adolescentes, pacientes psiquiátricos e etc. constituem-se como alvos exclusivos de sua intervenção (BRAVO e MATOS, 2009).

Diante de tal cenário, fica cada vez mais imprescindível o entendimento de que

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos de reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO e MATOS, 2009, p. 231).

Esse tipo de atuação fica cada vez mais desafiadora quando se trata do setor de serviços⁵⁴. Nas últimas três décadas do século XX essas atividades sofreram considerável

⁵⁴ Nas últimas décadas tem-se observado acelerada diminuição no número de trabalhadores do setor industrial e aumento no número de trabalhadores que atuam nos escritórios, no comércio e nos serviços, com ampla

incorporação à forma capitalista de produção, a qual colocou em evidência um acelerado processo de expansão na área. Esse crescimento, ao passo que demonstra mudanças nas características do trabalho, também modifica os parâmetros que categorizam as demarcações conceituais anteriormente existentes entre os setores financeiros, industriais, comerciais e de serviços. O que se observa é que, na atualidade, este último passa a ser parte da dinâmica de acumulação, “vindo a se configurar como uma das questões que assumem relevância no conjunto das recentes transformações societárias” (COSTA, 1998, p. 98). Essas atividades cresceram a tal ponto que alguns estudiosos chegam a chamar as sociedades altamente industrializadas de “sociedade de serviços” ou “sociedade administrada” (PIRES, 1998).

Observa-se que

Historicamente, os serviços têm transitado no campo do desenvolvimento de “serviços pessoais” (trabalhos domésticos), para a estruturação de serviços coletivos enquanto resultantes de necessidades subsidiárias, ligada à produção (transporte ou distribuição), para alcançar expressividade máxima na sociedade contemporânea através da expansão das atividades como as de saúde, de ensino, de pesquisa e de administração (COSTA, 1998, p. 101).

Configurando-se como parte da dinâmica de acumulação, passa a se apresentar de forma relevante na vanguarda das transformações societárias, destacando-se frente a movimentos como a reestruturação produtiva e o fenômeno da globalização econômica, movimentos já sumariamente tratados acima. Esse setor passou a se constituir em uma realidade passível de mudanças em função das determinações do grande capital, situando-se entre as esferas da produção, da distribuição, da circulação e dos mecanismos necessários para a reprodução da força de trabalho. Essas mudanças na forma de se “trabalhar” geraram questionamentos que posicionaram alguns cientistas em defesa da tese do fim da centralidade do trabalho dentro do modo de produção capitalista, tomando como base as distintas características do processo de trabalho na produção de bens e na de serviços como impulsionadores da necessidade da presença de novos trabalhadores, cujas particularidades de atuação romperiam com a racionalidade engendrada no interior da produção industrial (COSTA, 1998).

Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde, apesar de sua especialidade no trato com a assistência, tem sofrido durante os últimos anos com a influência de mudanças tecnológicas e organizacionais em seus processos de ação. O significado da reestruturação produtiva em certas organizações de saúde foi norteador pela presença de equipamentos de

diferenciação entre si no que diz respeito aos níveis salariais e prestígio, mas que se assemelham por desempenharem atividades fora do ambiente industrial (PIRES, 1998).

ponta e conformação tecnológica, os quais indicaram alterações no processo de qualificação, na redefinição do trabalho manual, nos processos burocráticos, nos hierárquicos, dentre outros. Este quadro tem feito com que alguns assistentes sociais atuem de encontro ao seu projeto profissional, mas em conformidade com os preceitos da reestruturação produtiva capitalista.

Essas atuações nos serviços de saúde têm sido pautadas, em sua maioria, num discurso de descrença no projeto ético-político hegemônico e na inviabilidade das políticas públicas. Aliado a esses posicionamentos, também encontramos segmentos na categoria que, ao realizarem a formação em saúde pública, perdem sua identificação como assistente social, passando a se considerar como sanitaristas. Buscar estudos na área da saúde não se configura como contradição para a profissão: “o dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos, etc)” (BRAVO e MATOS, 2009, p. 2012), eximindo-se das que o identifica como profissional de Serviço Social. Esse posicionamento promove o nascimento de um profissional que, por vezes, recupera a concepção de que suas ações não passam de meras especificidades que lhe são dirigidas no trabalho coletivo em saúde.

2.4 O trabalho de gestão na saúde

O mundo atual tem sido transfigurado por três processos de dimensões cósmicas: a reestruturação produtiva – em função da crise do capital, o neoliberalismo e a mundialização financeira. Diante desse cenário, a forma como gerir as organizações⁵⁵ passa a se configurar como atividade que requer um exaustivo exercício de livre-arbítrio, porém regulada por relações de propriedade que, inevitavelmente, a balizam. As entidades articuladas por relações de propriedade corporativa objetivam a apropriação de excedentes por via de instrumentos políticos ou simbólicos. Nos sindicatos ou nas igrejas, os subprodutos são obtidos por conta das posições hierárquicas que ocupam. Nessas entidades, as formas de regular as atividades coletivas, na maioria das vezes, estão pautadas em posturas autoritárias ou totalitárias. Contrariamente, nas entidades baseadas em relações de cunho capitalista essa lógica é eminentemente econômica, tendo sua razão de ser pautada no lucro.

⁵⁵ Nesse contexto consideram-se as seguintes organizações: sindicatos, fundações, associações profissionais, clubes de serviços, partidos políticos, igrejas, empresas estatais.

As relações entre os indivíduos que compartilham de uma mesma organização estão sempre interligadas. Nenhum agente existe isoladamente, mesmo quando luta por independência, porque todos são gregários por definição – cada qual precisando uns dos outros para satisfazer suas necessidades e reproduzir-se. No mundo contemporâneo, cava-se uma divisão entre os incluídos e os excluídos. De um lado, os que possuem vínculo empregatício ou dispõem de rendimento regular e, de outro lado, o desempregado ou dependentes da rede de proteção social. À medida que o pensamento autoritário se acomoda confortavelmente à ideia de exclusão social, o pensamento libertário mantém viva a ideia de inclusão social, de conquista de direitos para aqueles que, por fatores diversos, ficaram alijados de sua própria cidadania (ASHLEY, 2002).

A atual conjuntura brasileira tem servido de cenário para o debate de políticas sociais públicas em que se privilegia a focalização em oposição à universalização, enfatizando a despolitização e a tecnificação dos interesses sociais; as forças majoritárias são convocadas a debater sobre qual posição política a ser tomada, visto que a questão de fundo está relacionada aos valores que a mesma absorverá, ou seja, se individualistas ou universais. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vêm sendo inseridos no conjunto dos processos de trabalho, especialmente na área da saúde, executando a função de mediadores, pelo reconhecimento social da profissão, como também por uma gama de necessidades que são definidas e redefinidas, sobre as quais a saúde pública vem se desenvolvendo (BRAVO, 2009).

Diversos arcabouços legais instituíram a igualdade e a universalidade no acesso aos serviços de saúde pública no Brasil. Com o passar dos anos, as demandas cresceram, exigindo serviços prestados com mais eficiência⁵⁶ e eficácia⁵⁷. Trabalhadores, usuários e gestores desses serviços sabem que, para atingir essa finalidade, o conjunto de suas ações precisa produzir atos de assistência de distintos modos, a exemplo de práticas individuais e coletivas que conjuguem abordagens clínicas e sanitárias da problemática de saúde (MERHY, 2002).

Porém, nos tempos atuais, qualquer pessoa que tiver um mínimo de vivência com um serviço de saúde – seja um consultório médico privado, uma clínica de fisioterapia privada, um hospital público ou privado, enfim, qualquer tipo de estabelecimento de saúde – pode afirmar com certeza que as finalidades dos atos de saúde, marcadas por compromissos com a busca da cura das doenças ou da

⁵⁶ O termo “eficiência” em seu sentido etimológico, é entendido como o ato de fazer as coisas de maneira adequada; resolver problemas; salvaguardar os recursos aplicados; cumprir o seu dever; e reduzir os custos. Sendo estas características inerentes a visão empresarial de busca de otimização de resultados cada vez mais positivos economicamente.

⁵⁷ O termo “eficácia” em seu sentido etimológico é entendido como o ato de fazer as coisas certas; produzir alternativas criativas; maximizar a utilização de recursos; obter resultados; e aumentar o lucro. Termo também bastante utilizado, a exemplo da “eficiência” no mundo empresarial.

promoção da saúde, nem sempre são bem realizadas, para ser otimista (MERHY, 2002, p. 117-118).

A sociedade brasileira se configura como palco de diversificadas expressões políticas, culturais, religiosas e econômicas. Com o objetivo de potencializar os até então insatisfatórios serviços de saúde, foram criadas formas de atendimento que buscam particularizar a ação ofertada, tendo em vista que essa diversidade torna ainda mais complexa a implementação de modelos de assistência que contemplem um número expressivo de usuários. Acentuou-se a necessidade de agrupamentos territoriais distintos, onde se procura reunir o maior número de pessoas com características sanitárias comuns. Esses espaços, então conhecidos como territórios, não são entendidos apenas como apropriação, mas englobam um conceito formado por três dimensões, a saber: espaço físico (constituído por ruas, casas, escolas, empresas, entre outros); dimensão simbólica (que expressa aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos, etc); e dimensão existencial, a qual diz respeito aos modos pelos quais o território adquire sentido frente a particularidade de cada membro. No Brasil, esses territórios têm seus serviços de saúde organizados pela atenção primária, a qual prima pela organização de seu espaço adscrito, tendo como preceitos as divisões de área realizadas pelas Equipes de Saúde da Família – ESF⁵⁸.

Caracterizada como a porta de entrada do SUS, a Atenção Primária é formada por um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção à saúde⁵⁹, objetivando desenvolver uma atenção integral que possa impactar tanto na situação de autonomia das pessoas como nos determinantes de saúde em sua coletividade. Nessa perspectiva, suas ações são desenvolvidas através da articulação com toda a rede de serviços, buscando produzir a atenção integral. A PNAB⁶⁰ tem na Saúde da Família sua principal estratégia de ação. Esses serviços estão organizados nas ESF's, considerando-se os preceitos do Sistema Único de Saúde, através da reorganização do processo de trabalho e do aprofundamento dos princípios e diretrizes do SUS (TAVARES, 2009).

⁵⁸ Em resumo, a história do ESF pode ser dividida em dois momentos distintos: o primeiro que se inicia com a sua criação e estende-se até 1996, marcado pela extensão de cobertura a grupos populacionais mais vulneráveis, inserido precariamente na estrutura ministerial e com financiamento firmado por meio de convênios; e o segundo momento, a partir de 1996, em que passa a ser considerado uma estratégia de mudança do modelo assistencial. Composto oficialmente pelo ideário acima, como possibilidade de colocar a lei em prática, e sob indução do Ministério da Saúde, rapidamente o ESF foi ganhando adesão e aceitabilidade pelos Municípios e o seu crescimento em grande escala pode ser atribuído ao fato de ser entendido por alguns setores como um avanço na operacionalização do SUS (RODRIGUES, 2011, p. 121).

⁵⁹ As redes de Atenção à Saúde precisam atuar no mais alto grau de descentralização e capilaridade, identificando os riscos, necessidades e demandas de saúde.

⁶⁰ Política Nacional da Atenção Básica.

Dada a complexidade inerente aos serviços prestados no âmbito da Atenção Primária, cada USF conta em seu quadro de trabalhadores com um profissional - a priori sem exigência de formação superior específica na área da saúde ou gerencial - que desempenhe o papel de “gestor” desses serviços. A função de gestão é conceituada como a renovação da administração, sendo um campo não só de conhecimento, mas de intervenção. Passa, prioritariamente, pela necessidade de construção de bases sólidas que servem como elo de ligação entre a instituição, o usuário, a força de trabalho e o órgão administrador (secretaria municipal de saúde). A presença do gestor é justificada pelo fato de que essas coletividades, como outras tantas, precisam da regulação de suas atividades e a forma de fazê-lo não se caracteriza como um exercício de livre arbítrio, mas como um campo de possibilidades balizado não apenas por questões socioassistenciais, mas também políticas e econômicas (SROUR, 2005). Ao contrário das entidades baseadas na propriedade capitalista, que tem como lógica as relações fundamentalmente econômicas, as USF's, como Unidades de ordem pública, têm a maximização do retorno – pelo menos em nível de gestão local – como fundamento na oferta de serviços. O fato é que:

Quando se pensa no planejamento de modelos gerenciais no âmbito das organizações públicas, esses devem responder às seguintes questões: qual é o problema ou o objetivo que motiva a ação pública por intermédio dessa organização? Que situação da realidade se quer transformar e em que direção? Como o sistema organizacional deve funcionar para tal? Qual é o papel do gestor? Nesse caso, qualquer resposta a essas perguntas, em um regime democrático, tem de encontrar respaldo na legitimidade assentada na legalidade e representatividade. Por ser público, o sistema de gestão também não dispensa a necessidade do foco na eficiência e na eficácia do uso dos recursos. O que temos verificado na prática, é que os métodos modernos de gestão, sob o rótulo de “new public managent” corresponde a implantar modelos substitutivos à lógica do estado pela lógica do mercado. Contudo, os conceitos de gestão estratégica também se aplicam plenamente aos serviços de saúde; os instrumentos fundamentais ao processo, como a definição da missão, a análise dos cenários, e os decorrentes planos de ação de acordo com os cenários, a elaboração de políticas e a avaliação contínua, podem ser potentes ferramentas do processo de trabalho gerencial, quando bem conduzidas pelo gestor (ANDRE e CIAMPONI, 2007, p.18).

No tocante as atividades de gestão, segundo a Política Nacional da Atenção Básica (Portaria MS/GM no 2.488, de 21 de outubro de 2011), os responsáveis por esta função devem possuir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades para desenvolver as pessoas e levá-las a realizar a contento suas responsabilidades no atendimento à população, ao paciente e à família. O satisfatório andamento dos acontecimentos corre em paralelo às atividades assistenciais e às reuniões administrativas de equipe. É preciso estar a par do diagnóstico da comunidade e do epidemiológico, visando a definição da necessidade da população em relação aos assuntos que requerem planejamento e

execução das atividades educativas, assistenciais e gerenciais. São condições imprescindíveis ao profissional que for gerenciar uma Unidade de Saúde da Família: saber lidar com uma gama de acontecimentos inesperados com usuários na USF ou no domicílio; relacionar-se com as equipes ampliadas interprofissionais; estar a par de procedimentos médicos assistenciais; intermediar possíveis conflitos em situações inter-relacionais.

O papel do gestor deveria estar pautado na harmonização do trabalho dentro da equipe multiprofissional, tendo a participação ativa da ESF nos processos de planejamento, a fim de contemplar as necessidades da população e da equipe de trabalho. Por maior que seja o empenho na tentativa de descrever o gerenciamento em uma ESF o mais próximo possível da realidade, essas informações não se encontram registradas em livros. Esse conhecimento só se faz possível exercendo-se a prática da observação empírica, posto que nessas equipes o gestor tende a desenvolver um perfil de liderança que mais se adequa a realidade então vislumbrada.

Caminhando “lado a lado” com as questões relacionadas às configurações do setor de serviços na esfera capitalista - onde o desmonte das políticas sociais está na ordem do dia das agendas governamentais - o gestor, cotidianamente, tem enfrentado o desafio de responder aos anseios da comunidade otimizando recursos, por vezes escassos - frutos da má administração ou insuficiência orçamentária. Também se faz visível que:

No chamado modelo tradicional de assistência a saúde, o gerente atua como um mero chefe de pessoal, se atendo a atividades exclusivamente de ordem burocrática, exercendo um papel controlador e centralizador, sua visão é limitada e predominantemente voltada para o intramuros. Como representante da autoridade política, o gestor, ao assumir o comando de uma organização pública, com suas distintas finalidades e atreladas ao sistema político, deve ter a clareza que a lógica que prevalece é a lógica da permanência no poder. Por decorrência, os objetivos e metas, na organização pública, espelham as escolhas políticas, nem sempre explícitas e claras, o que torna o processo decisório, no âmbito local, ainda mais complexo e centralizado. Isso explica a descontinuidade de programas quando ocorrem mudanças de dirigentes, até dentro do mesmo governo. (ANDRE e CIAMPONI, 2007, p.17).

Ainda segundo André e Ciamponi (2007), ao delinear as algumas particularidades das atribuições dos gestores da Atenção Primária frente as modificações decorrentes das políticas de saúde vigente, em especial, as que são fruto da implantação da estratégia de saúde da família, podemos verificar que essas práticas têm sofrido influência de novos paradigmas de gestão, os quais exigem, além da reunião de conhecimentos técnicos, a presença de relações de ordem política.

Teoricamente, a análise das formas de gestão de serviços de saúde pressupõe o conhecimento das relações coletivas, tendo dois parâmetros nortecedores : o primeiro, que se

refere ao entendimento de que as relações entre os usuários e os serviços prestados implicam na interação, primeiramente, dos trabalhadores inseridos naquele tipo de serviço; e o segundo, que se refere a afirmativa de que nenhuma atuação existe por si só visto que “todos os homens são gregários por definição, cada qual precisando de seus semelhantes para satisfazer necessidades... Isso nos remete ao processo elementar de divisão social do trabalho” (SROUR, 2005, p. 366).

As atuações de gestão em USF's são frutos de um processo intitulado “desconcentração”, que tem como objetivo delegar devidas responsabilidades sem a transferência do poder decisório. Nesse cenário, o gestor, apesar de não poder decidir sobre o manejo dos recursos, adquire a responsabilidade pela implementação de decisões de fundo central que precisam responder as necessidades locais; entretanto, sem se contrapor as regras que definem sua contratação. Considerando esse contexto,

A gerência, embora diretiva, se esforça em conciliar os resultados com algumas necessidades manifestadas dos subordinados, isto é, transige somente quando necessário. Parte dos poderes da cúpula é delegada aos gestores médios, mas sistemas de controle garantem a perseguição das metas. Os gestores são desafiados profissionalmente com novas funções, e os trabalhadores mais dedicados e confiáveis têm oportunidade de verem alargadas ou enriquecidas suas tarefas (SROUR, 2005, p. 393).

Além das limitações de ordem prática, financeiras e também as ligadas ao trato com a equipe multiprofissional que atua na Unidade, se fazem presentes as relações interpessoais advindas da co-participação partidária que permeia o universo dessas gestões (ANDRE e CIAMPONI, 2007). Na realidade aracajuana, foco dessa pesquisa, desde a implementação da Estratégia de Saúde da Família, houve a presença massiva de assistentes sociais nas gerências dessas unidades⁶¹. Essa inserção, desde sempre, é baseada não sob o caráter meritório, mas sim indicativo, oriundo das relações de amizade e confiança que são construídas e mantidas com o superior hierárquico imediato. Considerando tal problemática, dentre várias reflexões, uma, em especial, se faz necessária: gerir uma instituição de saúde na cidade de Aracaju/SE tem se configurado como um ato de saber ou poder.

⁶¹ Este quadro tem se modificado nos últimos anos. A gestão do atual prefeito João Alves Filho (2012 – 2016) tem substituído, paulatinamente, a presença de profissionais de Serviço Social por outras categorias, a exemplo de administradores e psicólogos. Não nos cabe aprofundar sobre as razões dessas substituições nesse momento. A temática será tratada no capítulo seguinte desta pesquisa.

2.5 O trabalho do assistente social na gestão das Unidades de Saúde da Família no município de Aracaju/SE.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o Brasil chega em 2015 com a Estratégia Saúde da Família - ESF atuante em 5.278 municípios. Então construída com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica desde 1994, a ESF vem se consolidando como o principal modelo de atenção e assistência às necessidades básicas de saúde da grande maioria das cidades brasileiras espalhadas por todos os estados da Federação. Totalizam 32.498 equipes implantadas até janeiro de 2015, atingindo 53,75% da população nacional. Se faz mister que uma estratégia desse porte necessite de um pacote de leis, normas, regras, pactos e instruções muito bem definido, a fim de que sua execução seja viabilizada.

No município de Aracaju, o qual conta com uma população de aproximadamente 571.149 habitantes, segundo dados de 2010 do IBGE, a Atenção Primária configura-se como a porta de entrada prioritária nos serviços de saúde ofertados pelo município. Suas ações estão organizadas dentro das Unidades de Saúde da Família, as quais totalizam um quantitativo de 43 USF's⁶², distribuídas pelos diversos bairros residenciais da capital. A gerência desses serviços é realizada pela secretaria municipal, que tem como competências: prestar apoio e assistência direta e imediata ao chefe do poder executivo na área de política do Governo Municipal em questões de Saúde; gerenciar o sistema Único de Saúde, em âmbito municipal; planejar, formular, supervisionar e executar políticas de saúde pública; desempenhar atividades médicas, paramédicas e odontológicas; coordenar os serviços das vigilâncias sanitária e epidemiológica; promover o fornecimento gratuito de medicamentos básicos, através da rede pública de saúde; realizar pesquisas médicas-sanitárias; e executar outras atividades correlatas ou do âmbito de sua competência, e as que lhe forem regulamentemente conferidas ou determinadas⁶³.

As primeiras discussões sobre o processo de implementação do PFS⁶⁴ no município de Aracaju tiveram início no ano de 1994, no Conselho Municipal de Saúde. Contrapondo-se a realidade de outras cidades, a exemplo do Rio de Janeiro e São Paulo, sua aprovação pelos conselheiros foi norteadada por dúvidas e questionamentos. Tal realidade, por um lado, retardou

⁶² A Portaria MS/GM no 2.488, de 21 de outubro de 2011, define que uma Equipe da Estratégia seja responsável por, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes, com exceção do profissional médico cuja jornada pode variar entre 20 e 40 horas semanais.

⁶³ As informações, então referenciadas, foram retiradas do site oficial da Secretaria Municipal de Saúde

⁶⁴ Programa de Saúde da Família.

sua implementação e, por outro, garantiu pactuações firmadas com os usuários e trabalhadores, a exemplo da inclusão do assistente social e do odontólogo nas chamadas “equipes ampliadas” e da confirmação de exclusividade na oferta de serviços no nível da Atenção Primária (TAVARES, 2009).

Em 1998 foi publicado, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, um documento que propunha a forma de organização do PSF. Nesse documento afirma-se como objetivo central do programa, dentre outras determinações, que a família é o núcleo onde deve estar centralizada a atenção, sendo entendida em meio a seu ambiente físico e social. Cada Unidade de atendimento deve contar com uma equipe multiprofissional composta, minimamente, por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de Saúde (ACS). O número de ACS pode variar de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe – numa proporção média de um agente para 550 pessoas.

Com a aprovação do PSF, em 1998, foram estruturadas as primeiras equipes do PSF em Aracaju. Nesse momento, os profissionais, especialmente os médicos, caracterizavam-se por uma inserção na forma “tradicional” de organização dos serviços, com um fazer de consultório, no qual cada profissional desenvolvia as suas “atribuições” sem nenhum diálogo entre eles. Atraídos pelos melhores salários, inseriam-se em trabalhos de equipe sem a clareza necessária sobre o que isto realmente implicava, o que demandou reflexões constantes sobre os processos de trabalho entre as equipes e a gestão (TAVARES, 2012, p. 62).

Após dois anos de sua criação em Aracaju o PSF foi ampliado para novas áreas. No ano de 2002 mais 34 equipes de Saúde da Família foram implantadas e oito anos após sua implementação o município já contava com 128 equipes. Em 2006, através da Portaria/GM nº 648⁶⁵ é criada a Política Nacional da Atenção Básica. Nessa ocasião, o Ministério da Saúde transforma o Programa de Saúde da Família (PSF) em Estratégia de Saúde da Família (ESF), colocando-o como reorganização da Atenção Primária no SUS. Seus fundamentos são definidos como: a integração de ações pragmáticas e também espontâneas; a articulação de ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; tratamento e reabilitação; e coordenação do cuidado. (BRASIL, 2006).

A inserção dos profissionais de Serviço Social na Secretaria Municipal teve início na década de 1980. Na ocasião, ainda não se contava com um quadro de profissionais lotados nas Unidades de Saúde, configurando-se como foco da saúde pública a ação exclusiva sobre a doença, através da intervenção médica. A formação profissional dos assistentes sociais ainda

⁶⁵ Essa PNAB estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

estava direcionada para a intervenção dentro do tripé caso/grupo/comunidade, tendo como atribuições: a supervisão dos programas que vinham do Ministério da Saúde, o trabalho educativo em parceria com a vigilância sanitária e a supervisão de unidades de saúde. O quadro foi ampliado e as primeiras assistentes sociais que atuaram nas antigas Unidades Básicas de Saúde⁶⁶ passaram a desenvolver atividades referenciadas na queixa/doença, o que não ofuscou a possibilidade de sua inserção nos movimentos de participação popular e luta pela construção do sistema público de saúde (TAVARES, 2009).

Em 2003 foram construídos os protocolos do Serviço Social na Secretaria Municipal, tendo como objetivo a reestruturação dos processos de trabalho. A participação do assistente social se deu a partir da problematização de sua ação na esfera do PSF e nos novos arranjos produtivos que ela construía. Durante o processo de discussão, observou-se que possíveis questionamentos⁶⁷ com relação a atuação do assistente social nesta área já não tinham coerência, visto que a vanguarda do atendimento em saúde pauta as ações no trabalho coletivo, de arranjo multidisciplinar, considerando a integralidade do atendimento (TAVARES, 2012).

Para a realização da tarefa de construção de protocolos, os assistentes sociais articularam-se com o Departamento de Serviço Social da UFS e realizaram “oficina preparatória”, cujas discussões propiciaram a reflexão sobre as mudanças recentes no campo da saúde, o referencial teórico que orientava o grupo gestor local e o papel dos assistentes sociais no PSF. Esse momento preparatório permitiu a reflexão sobre o papel do assistente social em cada programa específico, qual a problemática em cada um deles que requeria a intervenção do assistente social e permitiu, ainda, a construção de algumas “estratégias de intervenção” (TAVARES, 2012, p. 69).

Esse profissional desenvolve suas atividades em dois campos: no trabalho multidisciplinar, quando abarca as demandas originárias de todo território, e na especificidade do trabalho de gestão dessas Unidades, tendo ocupado esses espaços desde a implementação das primeiras USF's. Inicialmente, a presença do Serviço Social na gestão chegou a representar mais de 70% das atuações; na atualidade, não passa de 14%. Apesar de se configurar como profissional regido por um código de ética que tem entre seus princípios fundamentais uma gama de compromissos sociais e profissionais, a concepção de gestão então adotada é regida por princípios administrativos de características tradicionais, onde se utiliza ações programáticas e mediadas por interlocutores de áreas temáticas, construindo caminhos diferenciados de planejamento. Não há referência à melhoria dos macroprocessos

⁶⁶ Na atualidade, a nomenclatura utilizada é “Unidade de Saúde da Família”. A mudança é fruto de discussões de cunho conceitual em função das diversas representações que o termo “básica” pode adquirir na oferta de serviços públicos.

⁶⁷ Visto que a política de saúde, historicamente, foi pautada no modelo médico-hospitalocêntrico a assistência, por vezes, ficava centralizada na figura do médico e os demais trabalhos ocupavam meras funções de apoio.

de trabalho, nem entendimento da necessidade de incorporação de novas competências para a otimização dos serviços ofertados à população.

Nessas atuações a observância de duas referências se faz mister para que se possa concretizar uma prática, de fato, mediadora: o conhecimento específico sobre sua profissão (projeto ético-político) e sobre a política em que atua (projeto de reforma sanitária). Esses dois projetos, mesmo distintos - visto que o projeto de reforma sanitária é de política social e o ético-político do Serviço Social é de uma determinada corporação profissional – ambos compartilham de uma mesma concepção de mundo e de homem, tendo como teoria central um projeto societário não capitalista, apontando o socialismo como alternativa.

Tomemos aqui duas expressões concretas destes projetos a fim de ratificar suas concordâncias. Quanto ao de reforma sanitária, evidenciamos seus princípios, os quais foram incorporados ao SUS, sendo eles: a universalidade, que representa a defesa de que todos, independentemente de contribuição financeira, tenham acesso a um serviço de saúde público; a descentralização, onde se entende que a política de saúde deve se organizar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local; a hierarquização, onde os serviços de saúde devem ser organizados de forma que se ordene a prestação de acordo com as demandas apresentadas; a integralidade, que compreende que o atendimento à saúde deve entender o homem enquanto sujeito em sua totalidade, priorizando a articulação de saberes no processo saúde-doença; a regionalização, que indica a articulação entre as redes de serviços, entendendo que a situação de saúde de uma população está ligada às suas condições de vida e; a participação popular que é compreendida como a defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde.

Quanto ao projeto ético-político, tomamos os princípios definidos no código de ética, visto que o mesmo, em conjunto com a lei de regulamentação e as diretrizes curriculares, formam os pilares desse projeto. São eles:

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção

por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 1993)

É notório o fato do projeto de reforma sanitária ser mais amplo, visto que aglutina diferentes profissões e propõe uma política de Estado. Já o projeto ético- político do Serviço Social, por um lado, não se esgota em uma preocupação corporativista, mas sim, tem como eixo central a função social da profissão Serviço Social na sociedade brasileira, colocando em discussão o papel desse profissional no cenário da ordem vigente, passando de seu histórico posicionamento de controle para o de aliado à luta pela emancipação da classe trabalhadora, quando também se reconhece como integrante desta classe. Ambos os projetos têm pontos em comum: a defesa dos direitos sociais; defesa do público, do Estado laico e democrático, dentre outros. Ambos os projetos são viáveis e inevitavelmente apontam para a construção de uma nova realidade, com a superação do capitalismo ocupando a centralidade da discussão. (MATOS, 2013).

Enfim, essa discussão nos esclarece que o projeto Ético-Político está em disputa com o cenário capitalista da atual política de saúde em vigência em nível municipal. Muitos gestores assistentes sociais têm desenvolvido uma atuação consciente para o fortalecimento deste projeto; outros buscam ignorá-lo e, certamente, uma parcela considerável verbaliza apenas “abstratamente” em defesa do projeto ético-político de sua categoria. Essa defesa abstrata ainda é passível de alteração, porém, mesmo que todos esses gestores internalizem os valores do projeto ético-político profissional, não significa que os objetivos propostos ganhariam êxito. Para isso, outros fatores, a exemplo de uma conjuntura política favorável, seriam necessários para a implementação concreta desses projetos. É claro que a mudança de postura desses profissionais já seria um grande avanço, visto que se faria possível recuperar a importância da pertinência dos valores emancipatórios da ética marxista (MATOS, 2013).

O que não se pode perder de vista é o fato de que a “reedição” de demandas em meio ao cenário capitalista tem determinado novos conteúdos para a prática do assistente social, modificando substantivamente suas condições de trabalho. Afinal, para um profissional que lida diretamente com as demandas sociais, o quadro de intensificação e precarização do trabalho, que afeta todo o conjunto dos trabalhadores, tende também a atingir o assistente

social, tornando-se uma das variáveis para a redefinição de algumas de suas práticas. Portanto, esses profissionais e também trabalhadores inseridos no contexto capitalista, ao redefinirem algumas de suas ações, acabam sofrendo negativos retornos sobre suas próprias condições de trabalho. Observa-se que no momento atual, então marcado pela multifuncionalidade e horizontalização das ações, as atividades desse profissional tem se aproximado cada vez mais da função gerencial, na justificativa de serem contratados para melhor “administrar pessoas”, proporcionando confiança, confiabilidade e satisfação, tanto para o prestador como para o detentor do serviço (CESAR, 1998).

CAPÍTULO III

A IMAGEM E AUTOIMAGEM DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES DE GESTÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – USF’S NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos a partir da realização de entrevistas com assistentes sociais gestoras de Unidades de Saúde da Família – USF’s do município de Aracaju/SE, o qual conta hoje com 6 (seis) profissionais de Serviço Social num universo de 43 (quarenta e três) USF’s. Dentre as 6 (seis) que atuam, apenas 5⁶⁸ (cinco) foram entrevistadas. A pesquisa foi impulsionada pelo interesse em analisar a imagem profissional produzida por esses profissionais em sua atuação no âmbito da gestão da Atenção Primária. O capítulo está organizado em dois eixos temáticos, sendo eles: perfil profissional e prática profissional.

3.1 Perfil profissional

Este eixo traz como perspectiva situar os assistentes sociais em seus aspectos socioeconômicos, na expectativa de encontrar possíveis explicações para o ingresso e desenvolvimento da profissão na área em que atuam.

Foram um total de cinco entrevistadas do sexo feminino, sendo 4 (quatro) especialistas *latu sensu*, duas delas em Saúde Pública. As idades variam entre 31 e 45 anos, sendo 2 (duas) casadas e com filhos e 3 (três) solteiras, duas delas com filhos. Quanto ao grau de formação dos pais: 3 (três) possuem pai e/ou mãe com ensino superior completo e as demais pais com formação que variam entre ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior incompleto. 4 (quatro) delas concluíram o curso de graduação em Serviço Social

⁶⁸ No período de realização da pesquisa havia um universo de 6 (seis) assistentes sociais realizando atividades de gestão na totalidade das Unidades de Saúde da Família- USF do município de Aracaju, porém, apenas 5(cinco) concordaram em participar da pesquisa.

entre os anos 2008 e 2013 e apenas 1 (uma) não respondeu à pergunta. 3 (três) gestoras, dentre as 5(cinco) entrevistadas, tem sua formação oriunda de instituições privadas e 2 (duas) de instituições públicas. 2 (duas) frequentaram o curso no período diurno – 1 (uma) de unidade particular e 1 (uma) de unidade pública e 3 (três) frequentaram o curso em período noturno – 2(duas) de unidade particular e 1 (uma) de unidade pública.

Considerando que as formadas em unidade de ensino particular superam, em termos, as formadas em unidades públicas, algumas considerações se fazem relevantes. A saber: nos últimos 13 anos, o número de matrículas em cursos presenciais das IES públicas e privadas no Brasil cresceu 129%, sendo que em 2013, período mais recente do levantamento, o aumento chegou a 3,8%. No ensino a distância (EAD), de 2009 a 2013, o crescimento ficou em 37,5%, refletindo um crescimento de 50% na rede privada e uma queda de 10,5% na rede pública. Em 2013, enquanto o crescimento do EAD na rede privada alcançou 7,2%, na rede pública a queda chegou a 14,9%. Com relação aos cursos tecnológicos de nível superior, de 2009 a 2013 as matrículas tiveram um aumento de 26,4%, sendo que em 2013 o crescimento ficou em 2,2% (1,2% na rede privada e 6,2% na pública). O número de alunos em cursos de pós-graduação chegou a 220 mil em 2013, com um crescimento considerável de 8% em relação a 2012. Tratando-se, especificamente, do estado de Sergipe, em 13 anos, o mesmo registrou um crescimento de 93% no total de cursos presenciais, saindo de 134 cursos em 2000 e chegando a 258 em 2013. Na rede privada houve um aumento de 329% (31 cursos em 2000 para 133 em 2013)⁶⁹ (SEMESP, 2015).

É sabido que o registro de considerável aumento no âmbito das universidades particulares foi provocado por uma alta demanda de pessoal qualificado em nível acadêmico. Torna-se importante frisar que essa formação profissional – no caso específico do curso de Serviço Social - não pode se reduzir à mera oferta de disciplinas que propiciem uma titulação ao indivíduo para sua inserção no mercado de trabalho. O que essa formação deve verdadeiramente oferecer, é a preparação científica para a construção de quadros profissionais capazes de responder às exigências de seu projeto ético-político, o qual foi coletivamente construído e historicamente situado. Esse projeto foi demarcado pelas efetivas condições as quais passam a caracterizar a profissão na esfera da divisão social e técnica do trabalho, tendo

⁶⁹ Vale destacar que os tradicionais cursos presenciais de Direito (9 mil), Enfermagem (3,7 mil) e Administração (3,4 mil matrículas) foram os mais procurados pelos estudantes nas IES privadas no estado. Na modalidade de ensino a distância (EAD), o curso de Pedagogia liderou a procura com cerca de 2,7 mil matrículas registradas. De 2000 a 2013, o número de instituições de ensino superior (IES) em Sergipe apresentou um crescimento de 220%, totalizando 16 IES – 14 privadas e 2 públicas em 2013, contra 5 IES – 4 privadas e 1 pública em 2000. No entanto, no período de 2012 a 2013, o estado se manteve estável em número de instituições na rede privada e pública.

como prerrogativa a capacidade de responder às demandas atuais feitas no contexto de reprodução capitalista (IAMAMOTO, 2004).

Quanto ao exercício da profissão, das 5 (cinco) entrevistadas, 4 (quatro) atuaram, durante vínculo anterior, como assistente social, sendo que 2 (duas) na área da saúde – Hospital Regional e Unidade de Saúde da Família; 1 (uma) em CRAS⁷⁰ e 1 (uma) num órgão municipal de fiscalização de trânsito. Entre essas gestoras, 3 (três) possuem registro ativo no CRESS⁷¹, contudo, dessas 3 (três), apenas 2 (duas) são sindicalizadas, porém, não em sindicato específico da categoria, mas em organização que representa os trabalhadores por “ramo de atuação”, no caso específico, a saúde.

Apesar do registro no conselho de classe não ser considerado pressuposto de atuação do assistente social em instâncias não privativas, a exemplo da gestão de USF – então objeto desse estudo, optar por mantê-lo se faz relevante para a aproximação com os órgãos de representação da categoria (CRESS, CFESS⁷², ABEPSS⁷³ e Sindicatos), os quais servem de “instrumento de defesa e/ou proteção da opção por serviços, rotinas e direção de programas que favoreçam os interesses e necessidades dos usuários” (VASCONCELOS, 2012, p.321) e proporcionam maior articulação da categoria em prol de transformações em sua realidade de atuação nos diversos espaços que ocupa.

Essa ausência de unanimidade das gestoras entrevistadas quanto a vinculação em instituições sindicais reflete as atuais configurações do sindicalismo no país - as quais são frutos dos desdobramentos que o cenário ideopolítico nacional tem passado desde os anos 1980. Foi nessa década que, no âmbito da luta pela redemocratização, inicia-se um processo de reorganização da classe trabalhadora por meio de um novo sindicalismo. Nesse ínterim, o Serviço Social adere ao projeto classista assumido pela CUT. Porém, com as inflexões postas pelo neoliberalismo implementado pelo então presidente Fernando Collor de Melo (1990-1992) e perpetuado por Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) vivencia-se a contrarreforma do Estado, que gerou privatizações e desemprego; o aumento da desigualdade social; a ampliação da precarização e da exploração da força de trabalho, atingindo de forma particular os assistentes sociais” (CEFESS, 2012, p.1). Dessa maneira, o projeto classista sofreu forte impacto em todos os âmbitos (público e privado) como também nos diferentes

⁷⁰ O Centro de Referência da Assistência Social realiza os serviços de proteção social básica. Trata-se de uma unidade política estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social. O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, tendo como metas a prevenção de situações de risco e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (SUAS, 2007)

⁷¹ Conselho Regional de Serviço Social.

⁷² Conselho Federal de Serviço Social.

⁷³ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

setores. Na tentativa de evitar a fragmentação e o aprofundamento da identidade de classe, então impulsionada, pelo cenário de acirramento profissional gerado pelo sistema em voga, a CUT passou a orientar seus trabalhadores a se organizarem por ramos de produção, o que gerou a decisão pela extinção da Associação Nacional de Assistentes Sociais – ANAS, fato que gerou polêmica entre a categoria.

Outrossim, o CFESS (2012, p.2), durante o “Seminário Nacional de Serviço Social e Organização Sindical” que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, veio se posicionar e/ou reafirmar que

a perspectiva que deve nortear a organização sindical dos assistentes sociais tem de se fundamentar na crítica ao projeto de classes dominantes, que retiram constantemente os direitos dos/as trabalhadores/as arduamente conquistados por meio de muita luta. A direção das nossas ações deve reafirmar a autonomia frente a governos e a possibilidade de crítica e de contraposição ao projeto do capital. Os princípios da autonomia Os princípios da autonomia, liberdade, defesa intransigente dos direitos do trabalho devem nortear este processo. Repudiamos a judicialização da disputa política, as articulações antidemocráticas, visando a impedir a participação de sujeitos coletivos com projetos divergentes, em espaços de organização da sociedade civil, com promoção de falsas polêmicas de quem pode ou não representar os/as trabalhadores/as, por exemplo, nos conselhos de direito.

Oportunamente, em se falando de exercício profissional, questionou-se as entrevistadas quanto a forma de vínculo que as relacionam a instituição. Para isso foram indagadas a respeito de seus processos de admissão, ocasião em que 4(quatro) delas responderam ter sido admitidas entre 2003 e 2013 e 1 (uma) optou por não responder. Chegando as relações de trabalho, todas as 5 (cinco) entrevistadas, foram admitidas pelo vínculo de cargo comissionado⁷⁴, cumprindo uma carga horária de 40 horas/semanais distribuídas de segunda à sexta-feira, tendo uma remuneração que varia entre R\$1.900,00 a R\$ 3.200,00⁷⁵, a depender da USF que atuam.

Como já citado em capítulos anteriores, a profissão de Serviço Social, por ser regulamentada juridicamente, supõe uma formação teórica e/ou metodológica direcionada por um projeto profissional, o qual representa sua imagem e elege os valores que a legitimam socialmente. São formulados “os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu

⁷⁴ Cargos comissionados são aqueles que, por lei, são de livre nomeação e exoneração.

⁷⁵ O salário pago a esses gestores varia a depender da quantidade de equipes presentes na USF que estão atuando. Para o cálculo do teto máximo de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicado pelo Ministério da Saúde. A Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos. Será calculado pela fórmula: população/2400. Para os Agentes Comunitários de Saúde o número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/400. Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população da área urbana/400 + população da área rural/280 (PNAB, 2011).

exercício, normas de comportamento são prescritas para os profissionais e bases das suas relações com os usuários” (NETTO, 2009, p. 144), como também com as outras profissões e organizações públicas e privadas. Essas normas, atualmente, estão organizadas no código de ética profissional⁷⁶ (resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993) e devidamente regulamentados pela lei nº 8.666/1993. Sua carga horária de trabalho, de acordo com a lei nº 12.317, de 2010, passou a ter duração de 30 (trinta) horas semanais. Porém, tratando-se de cargo comissionado – o qual representa a totalidade dos vínculos elencados nesse estudo - o mesmo é previsto pelo inciso II, art. 37, da Constituição Federal, a qual define suas particularidades.

Sabe-se que embora o profissional de Serviço Social disponha de relativa autonomia na forma de conduzir seu trabalho, os organismos empregadores também interferem no estabelecimento de metas, detendo poder para normatizar suas atribuições e competências específicas, quando definem também suas relações de trabalho e as condições para sua realização (IAMAMOTO, 2009).

3.2 Prática Profissional

Evidenciado o perfil profissional, nos questionamos agora sobre o conjunto de valores que essas gestoras exercem. Quanto ao exercício da profissão, das 5 (cinco) entrevistadas, 4 (quatro) atuaram, durante vínculo anterior, como assistente social, sendo que 2 (duas) na área da saúde – Hospital Regional e Unidade de Saúde da Família; 1 (uma) em CRAS⁷⁷ e 1 (uma) num órgão municipal de fiscalização de trânsito. Entre essas gestoras, 3 (três) possuem registro ativo no CRESS⁷⁸, contudo, dessas 3 (três), apenas 2 (duas) são sindicalizadas, porém, não em

⁷⁶ “A necessidade da revisão do Código de 1986 vinha sendo sentida nos organismos profissionais desde fins dos anos oitenta. Foi agendada na plataforma programática da gestão 1990/1993 do CFESS. Entrou na ordem do dia com o I Seminário Nacional de Ética (agosto de 1991) perpassou o VII CBAS (maio de 1992) e culminou no II Seminário Nacional de Ética (novem revisão do texto de 1986 processou-se em dois níveis. Reafirmando os seus valores fundantes - a liberdade e a justiça social -, articulou-os a partir da exigência democrática: a democracia é tomada como valor éticopolítico central, na medida em que é o único padrão de organização político-social capaz de assegurar a explicitação dos valores essenciais da liberdade e da equidade” (CFESS, 2012).

⁷⁷ O Centro de Referência da Assistência Social realiza os serviços de proteção social básica. Trata-se de uma unidade política estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social. O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, tendo como metas a prevenção de situações de risco e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (SUAS, 2007)

⁷⁸ Conselho Regional de Serviço Social.

sindicato específico da categoria, mas em organização que representa os trabalhadores por “ramo de atuação”, no caso específico, a saúde.

ras reúnem em sua consciência ética⁷⁹ - a qual tem como objetivo direcionar e dá sustentação a suas ações. Foi permitido a essas profissionais se expressarem de forma livre, fato que garantiu a espontaneidade nas respostas dadas. A exposição das respostas do presente eixo foi organizada seguindo o roteiro de entrevista. Outrossim, foram utilizados nomes fictícios na exposição das falas.

3.2.1 Conceito de Saúde

Ao serem questionadas sobre o conceito de saúde, as gestoras se manifestaram da seguinte maneira:

“Saúde pra mim não é mais a ausência de doença e sim todo um contexto [...] Saúde é habitação, saúde é acesso ao serviço público, saúde é você ter direitos (direitos e deveres). Agente não pode dissociar” (Maria)

“Saúde é uma coisa muito ampla. A saúde não é só a parte doença em si, medicação em si. A saúde é a qualidade de vida. A saúde é você ter direito, enfim, é viver bem. Ter sua casa, ter sua família, ter seu emprego” (Rosa)

“A saúde vai muito além da doença... a saúde é um conjunto. Tem que ter o acesso á Unidade de Saúde, tem que ter o acesso a medicação, tem que ter o acesso a tudo. Então não é só doença” (Lúcia)

“Eu considero saúde como uma qualidade de vida do ser humano que está sendo alcançada. Sem a saúde ele não tem qualidade de vida na verdade” (Edite)

“Saúde pra mim é amplo porque eu acho que quando você fala de saúde você trabalha toda parte social daquela pessoa também [...] acho que, hoje em dia, a saúde está mais focada para o social do que só pra saúde em si, que não é só doença” (Carmem)

Considerando as falas se faz possível observar que a totalidade das entrevistadas, apresentaram ideias que se aproximam do conceito de saúde empregado pela constituição de 1988 . Outrossim apenas uma delas contempla, mesmo que sem profundidade as prerrogativas referentes a existência dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, então citados no Título I, Art. 3ª, da lei nº 8080/90 – Lei Orgânica do SUS, o qual afirma que: “a saúde tem

⁷⁹ Segundo Vasconcelos (2012, p, 367), consciência ética é um conjunto de valores, conhecimentos, experiências, modos de ser, pensar e expressar-se.

como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e ao acesso a bens e serviços essenciais”. Os entendimentos acima descritos revelam fragilidades no conhecimento teórico sobre o contexto organizativo em que está inserida a política que atuam. Demonstraram, portanto, o desconhecimento da concepção de saúde como dever do Estado e direito do cidadão

3.2.2 Análise contextual sobre a atual Política de Saúde Brasileira

Na sociedade capitalista madura, em sua fase monopólica, a assistência à saúde tem se constituído num dos instrumentos privilegiados do Estado para o enfrentamento da “questão social”. Os serviços de saúde têm se configurado como um setor prioritário na elaboração de políticas sociais. Atualmente, os defensores do projeto de Reforma Sanitária ainda se deparam com uma conjuntura de diversas desigualdades, só que agora, ligadas ao projeto de desmonte das políticas sociais pela reforma neoliberal iniciada ainda nos anos 1990 (BRAVO, 2013).

Os posicionamentos das gestoras entrevistadas sobre as configurações da atual política de saúde brasileira foram os seguintes:

“A gente vê que o SUS é um plano de saúde (sic!) que contempla, envolve tudo, se ele fosse bem administrado. Mas a gente vê que na prática existe uma certa incoerência ... a gente sabe que as pessoas têm acesso porque é universal... como a gente vê é uma das características do SUS, a Universalidade, mas, muitas vezes a gente vê que o paciente tem dificuldade no acesso, em algumas situações” (Maria)

“Atualmente está passando por algumas dificuldades em relação a política mesmo, em relação ao financeiro e isso acaba afetando o serviço público. Acaba faltando algumas coisas [...] acaba influenciando no processo básico de funcionamento da Unidade” (Rosa)

“Com certa dificuldade, realmente, a política sempre tem apresentado em seu histórico um retrocesso na questão do trabalho, muitas interfaces... na questão, tanto da parte humana, como a parte física, a parte burocrática que em muitos casos acaba... impedindo um alcance maior de atenção mesmo aquele paciente” (Lúcia)

“Ela teoricamente, ela é linda. Ela só precisa funcionar, de fato. Existem alguns entraves ainda que ela não funciona da forma que está no papel. Ela é indicada a funcionar, mas ela é muito bonita no papel. Se ela realmente funcionasse, ela era muito boa. Só que eu percebo

que é muito difícil que ela funcione no país que a gente tem, as dificuldades que a gente tem e com os governantes que a gente tem” (Edite)

“Pra o SUS funcionar vai precisar de muita coisa ainda. Muito comprometimento de quem trabalha e de quem governa” (Carmem)

A falta de uma análise sobre a configuração da política de saúde, toma visibilidade nos depoimentos. O que se observa no conteúdo das falas dessas profissionais é que as mesmas têm resumida noção sobre os entraves e desafios enfrentados no âmbito da política de saúde brasileira, já que tecem “comparações” entre o arcabouço teórico do SUS e o cenário apresentado na atualidade. Assim como também seguem apontando como negativa a administração pública em geral.

Há alguns equívocos importantes, a exemplo de conceituar o SUS como plano de saúde e a ausência de visão mais crítica sobre as políticas sociais como um todo. Ora, é de disseminação ampla no Serviço Social brasileiro o conceito de política social como instrumento fragmentado e segmentado de resposta às sequelas da “questão social”. Ela é forjada, desde sua origem, pra ter um funcionamento parcializado, incompleto. Não está aí, por exemplo, para resolver os problemas de saúde da população. Aquilo que se diz na normativa expressa um campo de intencionalidades, ele próprio fruto do jogo de forças em conflito, que vai se materializar em outro campo de correlação de forças. Este sim explicaria a situação contemporânea da efetivação da atenção em saúde.

3.2.3 Viabilidade do SUS

Das entrevistadas, 20% alegaram não saber responder a esta questão. Entretanto, 40%, apesar de considerar o SUS viável, fazem uma observação negativa. Vejamos:

“Na teoria, realmente o SUS é considerado muito bem visto na questão da organização, mas na prática nós temos certas dificuldades. É visível, não é algo que seja negado. Apresenta, realmente, certas dificuldades... considero viável justamente por atingir toda população independentemente de quem seja aquele cidadão” (Carmem)

“Claro que considero viável. Ele é o melhor plano de saúde do mundo”. “Sim, o SUS é muito importante. Antigamente a pessoa tinha que pagar para ter direito ao SUS. Ao SUS não, à saúde. Só tinha o direito, só tinha a consulta, só tinha o hospital quem tinha condições de pagar e agora, não, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado... O Estado tem que ofertar um serviço, um serviço de qualidade... ele oferta, mas depende, às vezes, do profissional. Acho que cada um deve fazer a sua parte. É um serviço público que passa por dificuldades? Passa. Mas se cada um fizer a sua parte de forma correta, se cada um trabalhar com aquele compromisso com o usuário muita coisa melhora” (Lúcia)

Finalmente, 40% das profissionais entrevistadas consideram o SUS viável e apresentaram as seguintes justificativas favoráveis:

“Bastante. Muito, muito viável. Já por isso mesmo, até pelas próprias características do SUS que você não precisa contribuir pra você ter direito ao SUS. Então isso já é um grande avanço” (Maria)

“Considero. Acho que o SUS é lindo, na verdade. O SUS é muito bonito... na prática a gente tem como exemplo outros países, que tipo: a pessoa só tem direito a uma consulta médica se ela trabalhar. Se ela não trabalhar, se ela não contribuir com o governo, então ela não tem direito” (Rosa)

Observa-se uma certa unanimidade entre as falas acima citadas quanto as características positivas que o SUS apresenta em seu arcabouço legal, ocasião em que consideram suas atuais configurações como verdadeiros avanços em relação as políticas de saúde que os antecederam. Já na última fala, observa-se que a justificativa de sua afirmativa se pauta na realidade da saúde pública em outros países. O que demonstra relativo conhecimento teórico sobre a oferta de serviços em outras realidades.

Algo a se observar é que o direito integral e universal à saúde seja tão passível de estranhamento entre as profissionais. Não há uma única fala que coloque esta característica como positiva, antes ao contrário, mas tomá-la da maneira como aparece pode exprimir uma visão de benemerência do Estado ao normatizá-la enquanto tal. Ora, se há outros países em que a lógica é privatista e meritocrática, tem muitos deles que dão respostas muito mais amplas às necessidades de saúde de seus cidadãos. E porque os exemplos citados são sempre os mais restritivos?

3.2.4 Serviços Prestados à população pela USF

Em muitos casos a USF é o único serviço disponível na comunidade, representando a presença do Estado como garantidor de direitos. Conhecer esse espaço sócio- ocupacional no qual sua atuação se materializa indica a fundamentação teórico- metodológica que dá condições de leitura tanto da sociedade, quanto da profissão nela inserida. Se faz imprescindível conhecer o espaço institucional, seus objetivos, público alvo e a política social que implementa no âmbito institucional afim de ofertar um serviço positivo e articulado as demais dimensões. A fala a seguir evidencia a percepção da entrevistada acerca do contexto profissional em que está inserida. Procurou-se perceber como se caracteriza a USF estudada em termos dos serviços então ofertados aos usuários. Vejamos:

“Aqui nossa unidade é uma unidade de Programa de Saúde da Família – PSF. São três equipes. As equipes contemplam o médico, a enfermeira, os agentes de saúde, os auxiliares de enfermagem, também há o assistente social para as três equipes e um odontólogo para as três equipes também. Além de termos serviços de programa de saúde da família, nós temos também a referência de saúde mental infantil que abrange as unidades da terceira e quarta região. Então na referência mental a gente atende essa população, que é menor de 18 anos, que mora nas áreas adstritas das unidades da terceira e quarta região” (Maria)

Nota-se que as ações desenvolvidas priorizam as intervenções curativas, centralizadas na doença e não na saúde, em suas determinações sociais. As atividades de cunho educativo e controle social nem foram citadas. Provavelmente não corram, descaracterizando os princípios e objetivos da estratégia de saúde da família. Essa postura se mantém nos demais relatos. Observemos:

“Aqui é PSF com médico, enfermeiro, dentista, sala de vacina, sala de curativo e dentista. Também tem curativo e marcamos exames pelo sistema” (Lúcia)

“Oferta atendimento médico, atendimento de enfermagem, realizamos exames de lâmina, sorologias pra dengue, coleta de exames, exames pra gestantes, distribui medicação... marca exames que não são ofertados aqui, mas na rede especializada” (Carmem)

“Aqui é Unidade de PSF simples, não é ampliado. A gente tem o médico, a enfermeira, os agentes de saúde, os auxiliares de

enfermagem e uma equipe de saúde bucal. É uma equipe básica, mesmo” (Edite)

“ Fazemos um trabalho de PSF. O que se oferta aqui é atendimento médico, enfermeira, vacina, trabalho no domicílio com os agentes de saúde, também tem curativo e equipe de odontologia” (Rosa)

O que as entrevistadas fazem, na verdade, é uma caracterização objetiva dos serviços prestados à população pela UFS's que atuam. A totalidade dessas gestoras não consegue identificar as atividades que extrapolam o controle burocrático dos serviços institucionais, incluindo-se aí o trabalho de educação em saúde - já anteriormente citado em nossa crítica. Diante desse quadro podemos observar com maior clareza que no entendimento dessas profissionais, o funcionamento dos serviços prestados pelas unidades que atuam está apenas relacionado a dinâmica da própria unidade de saúde e/ou doença em si, subjugando o trabalho em saúde ao movimento interno da USF. Assim, negam o caráter coletivo dessas atividades que se fazem coletivas não apenas pelo fato de serem vivenciadas por todos, mas porque, apenas, coletivamente, poderão ser efetivadas tendo em vista as necessidades e interesses dos usuários.

Observa-se também a ausência de iniciativas de ações sistemáticas, articuladas com as comunidades, escolas, empresas e sindicatos, destinadas ao enfrentamento direto dos processos saúde- doença. Esse fato se contrapõe ao projeto do SUS que exige, no mínimo, ações e mecanismos que possibilitem a democratização de informações e conhecimentos necessários a percepção e crítica das questões relativas ao processo saúde – doença. Outrossim, a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva, apesar de citadas como prioritárias na legislação vigente, mostram-se desvalorizadas nas realidades estudadas. Não que os procedimentos de ação preventiva e curativa sejam desnecessários. Muito pelo contrário, o que se discute aqui são as possibilidades que cada um apresenta dentro do contexto de conexão que se faz necessário entre os instrumentos, princípios e objetivos de funcionamento do SUS.

3.2.5. Atividades desenvolvidas pela gestão

As atividades apontadas pelas gestoras entrevistadas foram as seguintes:

“O gerente, assim, ele tem “N” atribuições, que vai da parte burocrática, da questão de verificação de frequência, até a parte, muitas vezes, de conciliação entre o usuário e o servidor ...Entre a população mesmo... ele é responsável pra saber se foi feito os pedidos porque a gente não pode deixar que os materiais falem nas unidades... Então tudo isso o gerente ele tem que ficar atento pra que não deixe acontecer a desassistência na unidade” (Maria)

“Na verdade, a gente tem várias. A gente tem que gerir não só a parte física da unidade, questão de estrutura... como também a parte humana dos profissionais. Tipo ponto” (Lúcia)

“ Além de cuidar do posto, também tem o trabalho com os funcionários pra que os serviços sejam promovidos” (Rosa)

“Tenho muitas. Meu trabalho é organizar o serviço” (Carmem)

Se faz possível observar em 100% dos relatos, notório destaque promovido com referência a quantidade de atividades por elas executadas no âmbito da USF que atuam. Desse universo, destacam-se como comuns, as atividades de encaminhamento de recursos materiais e as de relacionamento entre sua figura de gestora e os demais profissionais.

Observa-se que na pesquisa, só aparece uma entrevistada explicitando o trabalho de mediação entre a gestão e o usuário na resposta as demandas trazidas por ele. O relato foi o seguinte. Vejamos:

“A gente executa muita coisa. O gerente da unidade, ele tá aqui pra tudo. Pra relação interpessoal, a gente atende o usuário, tenta responder as demandas dele, o que eles precisarem a gente orienta... lida com os funcionários, com todo processo de trabalho...a gente faz os pedidos da medicação, do almoxerifado, todos os insumos que precisa na unidade é o gerente que faz. Toda parte burocrática da Secretaria de Saúde é o gerente que faz” (Edite)

Apesar do depoimento considerar a presença do usuário na realidade das atividades desenvolvidas pela gestão, essa participação ainda se faz minoritária e preocupante, visto mostrar-se notório o desinteresse – já anteriormente observado nos questionamentos sobre os serviços ofertados pelas USF's que atuam – quanto a participação das demandas trazidas pelos usuários na configuração dos serviços de saúde ofertados. Diante tal cenário se faz necessário nos perguntarmos se, nessas configurações de ESF's, a demanda apresentada pelo usuário tem sido considerada na formatação dos serviços prestados?

Outro elemento facilmente observado é a ausência de referências aos processos de monitoramento/avaliação dos serviços. Nenhum respondente tocou nesta etapa indispensável de todo processo de gestão que é o planejamento.

3.2.6. Autonomia Profissional

Os aspectos relacionados a autonomia profissional são de relevante importância em qualquer situação de trabalho. Outrossim, são as condições objetivas, mas também subjetivas de atuação que determinam uma série de fatores que influenciam na qualidade dos serviços prestados pelo profissional e, conseqüentemente, dizem respeito a sua satisfação pessoal no desempenho das atividades.

Como revelado pelas entrevistadas, suas atuações, além de sobrecarregadas de demandas, possuem apenas relativa autonomia no interior das unidades de saúde. Durante tal questionamento, uma característica comum marcou a maioria das falas: as dificuldades de gerenciamento trazidas pela centralização de algumas tomadas de decisões distante do espaço local (secretaria municipal de saúde). Tal fato se fez notório nos seguintes depoimentos. Vejamos:

“Na medida do possível, tenho autonomia, sim” (Maria)

“Em algumas situações, sim, a gente tem poder de tomar decisões, mas, assim, eu gosto muito de tomar decisões em parceria com a minha apoiadora. Eu gosto que ela tenha conhecimento do que está acontecendo na unidade. Porque tem situações, assim: que eu não posso, porque existe hierarquia” (Lúcia)

“Eu não posso tomar decisão sem estar em conversação, em combinação com as pessoas da secretaria. Eu não tenho esse poder. A gente tem um poder um pouco restrito, um pouco limitado, mas a gente tem poder” (Edite)

“Na unidade você tem uma certa autonomia de trabalhar do seu jeito, de se adequar a organização, a parte organizacional do seu trabalho. Eu tenho autonomia” (Rosa)

“Não, não. A gente não tem autonomia total. A gente tem uma autonomia talhada. Não tem como não ser porque a gente não pode ser apenas pelo que a gente acha que é o correto... as vezes a gente tem que, infelizmente, ir de acordo com o que é determinado” (Carmem)

Quanto a esse debate, Iamamoto (2007) lembra que, apesar do Serviço Social ser dotado de um projeto profissional que considera entre seus pressupostos a liberdade e a teleologia, sua situação como trabalhador assalariado, por vezes, gera distanciamento desse projeto e/ou discrepância entre teoria e prática. Dito de outra maneira, o assistente social, como profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, enfrenta situações de imposição de limites a realização de suas ações profissionais, e consequentemente, implementação do projeto profissional de sua categoria, ratificando, assim, sua relativa autonomia. Ainda segundo a autora, se fez necessário “a existência de um campo de mediações que necessita ser considerado para realizar o trânsito da análise da profissão ao seu exercício efetivo na diversidade dos espaços ocupacionais em que ele se inscreve” (IAMAMOTO, 2007, p. 9).

3.2.7. Trabalho de gestão

A falta de análise quanto a importância de uma postura crítica frente a realidade de “relativa autonomia” profissional, anteriormente citada, toma ainda mais visibilidade no questionamento, ora apresentado, o qual objetiva conhecer o entendimento das entrevistadas sobre o significado do trabalho desenvolvido no “âmbito da gestão” de serviços, ou seja, em sua própria atuação. Das 5 (cinco) entrevistadas, apenas 2(duas) conseguiram responder, e muito sumariamente, ao questionamento dentro da proposta construída para esse estudo. As demais, durante suas falas, expressaram-se apenas por via de exemplificações do cotidiano. Sendo assim, essas respostas foram descartadas. Os conceitos coletados e passíveis de interpretação foram os seguintes:

“Organizador de algum serviço... eu entendo como o ponto principal , central, pra que as coisas ao redor aconteçam” (Maria)

“Gestão perpassa pela questão organizacional” (Rosa)

Contrapondo-se totalmente ao relatado pelas entrevistadas, o conceito de gestão faz alusão a administração de uma instituição, uma empresa ou uma entidade social. O trabalho de gestão tem como objetivo o crescimento da instituição através do esforço humano, organizado pelo grupo, com uma meta específica. Primeiramente no poder público, depois nas

empresas e também no chamado terceiro setor, os assistentes sociais têm sido chamados a participar da gestão e planejamento de programas de geração de renda, habitacionais, ambientais, prevenção e risco pessoal e social, de combate a pobreza e as mais diversas formas de exclusão social (SILVA, 2007). A gerência, diferentemente, nada mais é do que o ato de administrar, tendo como direcionamento a lógica comercial, ou seja, aquela pautada no serviço ofertado por instituição privada, cujo fim é a lucratividade, e tem como princípios eficácia, eficiência e efetividade. Assim, no caso específico das USF's a atividade desenvolvida por essas assistentes sociais é de gestão, não de gerência.

Analisando os relatos, se fez notória a fragilidade teórica das entrevistadas quanto a principal representação sobre o desenvolvimento de suas atividades enquanto gestoras: o conhecimento acerca das representações objetivas e subjetivas que permeiam a função que ocupam.

Não conseguir responder é sintomático: pode ser expressão de ausência de conhecimento específico sobre a matéria, mesmo quando o Serviço Social já vem assumindo a tarefa de preparação de seus quadros para exercer esta função. Se o profissional desconhece as nuances de seu trabalho fica mais difícil encontrar os espaços de aglutinação de estratégias para melhor prestar os serviços. Essas respostas, e a ausência de resposta é preocupante, porque coloca em questão a autonomia relativa e suas potencialidades.

3.2.8. Conceituando Gestão e Gerência

Convidadas a correlacionar e/ou diferenciar os termos “gestão” e “gerência”, os equívocos continuaram. Foram coletados depoimentos com os seguintes conteúdos:

“Eu penso que é mais a parte técnica. O gestor ele tem muito mais embasamento técnico do que o gerente, propriamente dito” (Maria)

“Eu acho que um complementa o outro. Porque ser gestor eu acho que é a pessoa física. Aquela pessoa que representa a secretaria, que representa uma gestão. A gerência é aquela pessoa que representa a gestão. Eles não dissociam” (Carmem)

“Para gerenciar, você é gestora. É gestor daquele espaço. Tudo passa pela gestão” (Lúcia)

Saber conceituar e diferenciar esses termos se faz imprescindível visto que a confusão teórica pode trazer prejuízos à qualidade dos serviços prestados. Um gestor que se

posiciona como um gerente tende a atuar equacionando suas ações no âmbito do mercado, trazendo para o cotidiano da Unidade em que trabalha a lógica das relações capitalistas, tanto em nível de serviço ofertado quanto na sua relação com os demais trabalhadores. Esses posicionamentos podem ser justificados pelo fato de que:

os assistentes sociais, talvez por falta de clareza ou de conhecimento quanto aos projetos em confronto ou por opções ideológicas, têm se inserido no campo da saúde muitas vezes de forma acrítica...na direção oposta ao projeto ético-político (MIOTO e NOGUEIRA, 2009).

O ato de gestão, em si, precisa ser desenvolvido por profissionais que dominam os conhecimentos e as técnicas para assistir os indivíduos ou os grupos que recorrem ao serviço então ofertados, utilizando-se do parâmetro do direito conquistado e universal, e não pela lógica de atendimento seletivo. Foi nítida a dificuldade em conceituar a atividade em que trabalham, fato, no mínimo, preocupante, visto que o funcionamento da Unidade passa por sua atuação enquanto mediador de direitos e organizador de serviços.

Observando a fragilidade no entendimento teórico-prático sobre a função que ocupam, seguiram-se os questionamentos pontuando-se sobre a existência ou não de um processo de capacitação profissional incentivado pelo Secretaria Municipal de Saúde. 100% das entrevistadas verbalizam que a atual gestão⁸⁰ não tem investido na política de educação permanente da saúde, em geral. Das 5 (cinco) gestoras, apenas 3(três) verbalizam desejo em se capacitar. Dessas 3 (três), apenas 2 (duas) na área que atuam, porém, sempre enfatizando que essa iniciativa se trata de um posicionamento de cunho particular, não representando uma determinação da gestão municipal.

A atuação de um profissional carente de capacitação, logicamente, interfere na qualidade do trabalho prestado. Nesse contexto, a formação continuada é uma necessidade, posto que a realidade é movimento. Contudo, sabe-se que investir nessa formação só vai trazer resultados concretos ao passo que responda, pelo menos, pela teoria adquirida por esses assistentes sociais, no tocante a necessidade de desenvolvimento de análises de cunho crítico sobre a realidade em que está inserida a política que atuam.

3.2.9 Reconhecendo-se enquanto assistente social

⁸⁰ O município no período de vigência desse estudo está sob a gestão do então prefeito João Alves Filho do DEM.

Objetivando conhecer o ponto de vista mais genérico no tocante a concepção das entrevistadas sobre o desenvolvimento de seu trabalho no âmbito do Serviço Social- mesmo enquanto gestoras das unidades - questionou-se primeiramente sobre o caráter satisfatório, ou não, da relação dessas gestoras com as profissionais responsáveis pelo setor de Serviço Social das unidades que atuam, ocasião em que 100% das entrevistadas sinalizam como positiva essa relação. Foi solicitado ainda a descrição do porquê dessa satisfação e se haviam momentos de troca de conhecimento entre elas. O depoimento a seguir exemplifica bem os posicionamentos externados:

“a minha assistente social ela é muito atuante. Ela é muito parceira. Então, assim, a gente tem uma relação muito positiva em relação a isso [...] Em alguns momentos nos temos algumas reuniões onde são passadas informações, são discutidas algumas situações” (Rosa)

No tocante ao reconhecimento da relação entre a função de gestor e a qualificação profissional em Serviço Social, observa-se que as falas giraram em torno da atividade de acolhimento”. Porém, a literatura nos mostra que é consensual na área da saúde a “estratégia” do acolhimento como parte do processo de trabalho dos trabalhadores, em geral. Os relatos posteriormente expostos “vão de encontro” a essa afirmação, pois inferem ser, especificidade, do assistente social este procedimento. Vejamos:

“Na questão do acolher. Eu sou assim, sou uma pessoa que gosta de acolher, olhando nos olhos. De explicar para o usuário realmente. Não sou muito sucinta, as vezes sou até um pouco prolixa na hora de orientar porque eu quero que ele entenda direito e saiba pra não ficar aquele paciente pra lá e pra cá. Então eu acho que o ouvir é muito importante, o saber acolher o paciente, o usuário” (Carmem)

“Sim. Como eu to como gerente de uma unidade de saúde e sou assistente social muitas vezes a gente faz o acolhimento do usuário e o acolhimento, por si só, já faz parte da nossa profissão, então isso eu faço a cada minuto” (Lúcia)

“Vejo, sim. Porque se no momento do acolhimento, a escuta a gente pode estar desenvolvendo” (Rosa)

No momento em que consideramos sua formação acadêmica dentro do trabalho na gestão e reduzimos suas semelhanças à mera atividade de “acolher”, acabamos obscurecendo que a gestão, em si, trata-se de uma atividade para a qual todo assistente social pode ser solicitado, visto que em sua grade curricular são contempladas disciplinas que capacitam

esses profissionais a aturam na gestão das diversas políticas públicas, inclusive na saúde, e não é para “acolher”. Como dito em capítulos anteriores, o assistente social é reconhecido como um profissional da saúde. Atua nesses serviços seja na gestão ou na assistência direta aos usuários. Portanto, ser gestor não deveria aparecer como contraponto à atividade profissional *stritu sensu*. Ou, pelo outro lado, “aproveitar” a formação profissional específica para atender o usuário aparece como o único momento em que as profissionais se veem atuando por via de sua formação.

3.2.10. Progressiva substituição de Assistentes Sociais por outras categorias profissionais na gestão de USF

Na concepção defendida por este estudo, o assistente social, em sua prática com a população usuária do serviço, configura-se como um profissional que busca desencadear um processo reflexivo sobre as questões de saúde trazidas pela realidade onde atua, procurando identificar os determinantes e condicionantes conjunturais e estruturais da situação, visando se engajar nos processos organizativos da sociedade civil.

Esse projeto político que, certamente, vai de encontro aos preceitos neoliberais de desmonte da política pública de saúde atualmente em curso no país, por vezes, não é aceito na esfera da atual configuração ideopolítica, fato esse, que pode ocasionar processos de substituição por profissional de nível de formação estritamente técnica, onde, na maioria das vezes, não se faz presente a análise crítica do contexto em que está atuando.

Questionadas sobre os fatores que, possivelmente, contribuem para a progressiva substituição de Assistentes Sociais por profissionais de outras categorias na gestão de USF's no município, foram expostos os seguintes relatos:

“Eu percebo que como a gente tem muito embate técnico com algumas categorias como: enfermeiro, médico, então eles acabam substituindo por outras categorias, principalmente, a área da saúde, como enfermeiras” (Maria)

“Não. Eu não percebo como algo negativo” (Carmem)

“Eu acredito que não é pela qualidade do profissional, não...” (Rosa)

Esse questionamento foi respondido por 80% das entrevistadas. Os demais 20% não se manifestaram. Seguindo os questionamentos, quando perguntadas se consideravam essas

substituições positivas, ou não, 60% das entrevistadas se mostraram favoráveis a tal fato e 40% optaram por não responder a pergunta. Das que declararam como positiva, apenas 1(uma) atribuiu o fato ao caráter natural de substituição de profissionais, não especificando que sejam feitas, exclusivamente, em função de ser, ou não, um Assistente Social. Vejamos seu relato:

“Eu percebo assim como se eles quiseram mesclar as categorias e não, especificamente, só assistente social ou do enfermeiro, mas de outras categorias. Nós já tivemos odontólogos, não só nessa gestão como em outras gestões” (Lúcia)

Já a próxima entrevistada, apesar de compartilhar da idéia de que essas substituições não têm representação negativa, diverge do relato anterior quando atribui tal realidade a questões, estritamente, técnicas, justificando que as substituições devem ser *“porque o enfermeiro sabe sobre as técnicas da saúde. Mas isso a gente também pode aprender”* (Carmem)

Por fim, a última entrevistada que respondeu a pergunta, limitou sua resposta a seguinte frase: *“Não vejo como negativo, não”* (Rosa)

O escopo desse trabalho não nos permite analisar as especificidades técnicas que poderiam justificar essas substituições, levando-se em consideração as falas acima descritas. Entretanto, o que se faz oportuno para o momento é observar que durante os depoimentos, as entrevistadas, se quer, chegaram a citar como uma das “possíveis” causas das substituições, o fato de manterem, durante sua atuação como gestoras, o conteúdo crítico de sua formação acadêmica, a qual pautada-se na análise dialética da realidade em que está inserida a política que atuam. As entrevistadas focalizaram, apenas, em questões de cunho técnico- operacional. Essa postura nos direciona ao seguinte entendimento: as gestoras entrevistadas não conhecem o projeto ético- político profissional, ou então, até o conhecem, mas optaram por não assumir sua postura ideopolítica no desenvolvimento de suas atividades no cargo que ocupam. Considerar a primeira opção se faz preocupante visto que demonstra a fragilidade na formação acadêmica, entendendo que esse profissional deixa de contribuir de forma positiva para a oferta de um serviço de saúde de qualidade, onde sua disposição é compreendida na seara do direito. Porém, se considerada a segunda opção, a situação se faz ainda mais grave porque admite-se que esse gestor, apesar de apresentar condições teóricas para uma análise crítica e, conseqüentemente,

uma intervenção de qualidade, opta por se abster por razões pessoais ou profissionais, a depender de cada caso.

3.2.11. Imagem e autoimagem profissional

Nessa ocasião as entrevistadas puderam emitir sua opinião sobre aspectos relacionados a particularidade do seu “fazer profissional”, assim como suas perspectivas em relação a necessidade de mudanças. Para tanto foram indagadas sobre os termos “Imagem” e “autoimagem profissional”.

Primeiramente foi solicitado que revelassem seu entendimento sobre o termo “imagem”, considerando seu sentido genérico, aplicável em quaisquer situações que envolva a representação de determinada realidade.

De um modo geral, as entrevistadas responderam ao questionamento relacionando- o ao aspecto reflexivo de cunho objetivo, onde de forma “quase mecânica”, lembram-se da figura de um espelho, objeto passível de refletir determinadas imagens e movimentos. Outrossim, duas questões perpassaram a maioria das respostas: a primeira relacionada a dualidade da imagem produzida (positiva ou negativa) e a segunda relacionada a maneira como os demais indivíduos a visualizam. Uma das entrevistadas respondeu: *“a imagem é aquilo que passamos para o outro, pode ser boa ou ruim”* (Rosa). Outra seguiu com semelhante entendimento: *“é como um espelho (Lúcia). O que você faz, sendo positivo ou negativo vai refletir em você”* (Maria). Apesar de seguir com esse direcionamento, os depoimentos posteriores, levantaram também outras questões. O exemplo a seguir representa muito bem as demais falas relatadas. Vejamos:

“Lembro logo de um espelho. Mas as vezes ele não reflete a verdade porque mesmo que eu mostre um bom trabalho para meus usuários, não é tudo que eu posso resolver. Todo mundo sabe que cargo comissionado não é tudo que pode.” (Carmem)

As questões levantadas pelas entrevistadas são de relevância para a discussão da autoimagem profissional produzida por elas em seu cotidiano de atuação, visto trazer interfaces, não só em seus aspectos pessoais, como também profissionais.

Nesse espaço de discussão não se faz possível um aprofundamento da problemática que perpassa todas as posturas que se revelam como constitutivas da imagem profissional de

cada gestora entrevistada. Contudo, considerando os relatos expostos no decorrer das entrevistas, se faz possível afirmar que muitos dos problemas relacionados a imagem, até então, construída por elas, está vinculada tanto a fragilidades na formação acadêmica, como também nas relações de trabalho impostas pelo contexto neoliberal em que a sociedade está inserida.

Para a questão didático- pedagógica, ainda se faz possível pensar em estratégias de melhoria, as quais, poderiam contribuir para o preenchimento de alguns espaços que ficaram pendentes no processo de formação acadêmica. Para isso, pontua-se uma maior ênfase na interlocução entre o mundo profissional e a realidade social, tentando-se construir um diálogo que considere as demandas, as competências e as barreiras impostas à prática profissional, enfrentando os desafios de construir um entendimento sólido sobre as especificidades e generalidades que abrangem o trabalho do profissional de Serviço Social. Essas estratégias, possivelmente, evitariam a perpetuação de relatos que demonstram reduzido conhecimento sobre as competências profissionais atribuídas ao Assistente Social - a exemplo dos expostos durante este estudo, referente a questão 4.2.9, ocasião em que as entrevistadas mostraram-se desconhecer a legitimação da formação do assistente social como gestor de serviços. Sendo que, apenas se reconheciam desempenhando habilidades referentes ao Serviço Social quando atuando no âmbito do “acolhimento” aos usuários.

No tocante a influência, ou não, da forma como foram inseridas no serviço em que atuam sobre a maneira como desenvolvem suas atividades, 100% dos relatos afirmarem que o tipo de vínculo empregatício não influencia na postura profissional. 80% desse universo procuraram embasar seu posicionamento em determinadas atitudes pessoais. Observa-se também que 2 (duas) entrevistadas, além das considerações anteriores, também trazem exemplos de cunho comparativo. Segundo um desses depoimentos o perfil das atividades desenvolvidas *“vai depender muito do profissional, do comprometimento desse profissional. Tem situações que a gente vê que independente dele ser isso ou aquilo, mas ele age sempre da mesma forma. Tem outros que a gente vê que mudam”* (Carmem). Já a outra entrevistada revela que *“o profissional que quer trabalhar certo, não tem nada a ver com a forma que entrou aqui. Ele é ele mesmo. E, pronto”* (Rosa).

Essa concepção, até então, homogênea de que o fazer profissional, independe do tipo de vínculo empregatício, se faz logo, logo, questionável quando prosseguimos para a próxima indagação, a qual objetiva que as entrevistadas visualizem e, posteriormente, avaliem a autoimagem de suas atividades no cotidiano profissional.

Na ocasião, 80% das gestoras entrevistadas relacionaram a autoimagem construída aos limites e entraves enfrentados em seu cotidiano profissional, a exemplo da “relativa” autonomia no processo de tomada de decisões e 20% delas optaram por não responder a pergunta. Na caracterização da autoimagem, aparentemente, sentiram mais facilidade de se expressar que no questionamento sobre a necessidade de mudanças, apesar de terem surgido falas, como exemplo: “*eu gosto do que eu faço*” (Lúcia) e “*eu me identifico em ser gerente*” (Maria).

Já o questionamento sobre a necessidade, ou não, de mudanças na autoimagem construída, foi ainda mais difícil de ser respondido. Por um lado, algumas relacionavam a autoimagem a questões salariais a exemplo do seguinte relato: “*Eu acho assim, que poderia ser melhorada a questão financeira do gerente. Porque assim, não se admite um gerente estar ganhando menos do que... é uma disparidade*”(Lúcia). Por outro, foi recorrente a relação entre a falta de total autonomia e o descontentamento com a autoimagem então construída. Nesse sentido, uma outra entrevistada revelou que se faz necessário: “*Ter mais autonomia. Na minha modéstia eu acho que sou um profissional comprometido*” (Maria). Já outra gestora, manifestou: “*Se eu tivesse mais autonomia meu trabalho seria muito melhor*”(Carmem).

Se faz possível, então, avaliar que há uma distância entre as respostas que as próprias entrevistadas já haviam externado sobre alguns aspectos de seu cotidiano profissional, a exemplo de sua relação com a instituição empregadora e “relativa” autonomia em seu processo de trabalho. Porém ao serem convidadas a externar sobre a imagem e, conseqüentemente, a autoimagem produzida em função do seu fazer profissional, demonstraram notória insatisfação em função do contexto em que permeia sua atuação.

O que pode estar havendo? Se esses profissionais, em sua grande maioria (80%), possuem uma formação acadêmica que extrapola o conhecimento obtido no âmbito da graduação, contemplando cursos *stritu sensu* na área em que atuam? Então porque considerável fragilidade das falas foi percebida, justamente, na dificuldade de conceber e expressar suas competências profissionais?

Mister esclarecer que esse espaço de reflexão apresenta limitações teóricas que impossibilitam um aprofundamento desse aspecto. Contudo, o que se faz possível para essa ocasião, é destacar alguns pontos, a título de intenção de análise.

O Serviço Social, como já exposto em momentos anteriores desse estudo, tem trilhado caminhos de renovação profissional frente as transformações históricas da sociedade capitalista em que está inserido. Nesse ínterim, tem procurado pautar suas ações na análise crítica que confirme o caráter contraditório que as relações de trabalho têm assumido na seara neoliberal.

Para tanto, se faz imperativo que esses profissionais compreendam a interface da teoria com a realidade, posto que ao se configurarem como trabalhador inserido na divisão sócio- técnica do trabalho se deparam com vastos determinantes que participam do processo de construção das macroestruturas societárias.

Há determinadas particularidades nessa conjuntura que são passíveis de mudanças, a exemplo da postura profissional frente a forma de se trabalhar as dimensões teórico-metodológica e ético- política, então evidenciadas ainda durante o processo de formação acadêmica. Quanto a primeira dimensão, considera-se a necessidade de apropriação e, conseqüente, entendimento de que sua competência profissional, enquanto Assistente Social, extrapola o exercício do cargo específico, ocasião em que pode-se fazer uso de seus instrumentos, apesar de não está desempenhando a função de forma restrita, a exemplo do cargo de gestor (a) pois existem as atividades privativas e as não privativas, porém ambas requerem a mesma instrumentação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Quanto à dimensão ético- política, focaliza-se a discussão acerca da necessária - apesar de por vezes difícil - focalização na luta pela garantia de direitos num contexto de entraves impostos pelos vínculos precários de trabalho, a exemplo dos cargos comissionados e dos contratos temporários, que aliados ao cenário de desemprego estrutural, criam limites objetivos ao fazer profissional crítico.

Deixamos para as próximas pesquisas a sensibilidade de prosseguir sobre os fundamentos que determinam a imagem, então construída, de que o arcabouço crítico que permeia a formação acadêmica do Assistente Social não se mostra passível de ser utilizado pela totalidade desses profissionais quando inseridos em âmbitos de atuação diversas.

4- Considerações Finais

O estudo, ora apresentado, constitui na análise da autoimagem profissional produzida por assistentes sociais que desenvolvem atividades de gestão nas Unidades de Saúde da Família, sob a ótica da imagem social da profissão.

Sem prejuízo de outras observações, se faz notório que, apesar dos avanços legais oriundos do processo de redemocratização do país iniciado nos anos 1980 - ocasião em que se fez presente a nova configuração de seguridade social, a qual passa a se constituir pelas políticas de saúde, assistência social e previdência social. No caso da saúde, fora inserido em seu escopo os princípios formulados pelo Projeto de Reforma Sanitária. A saber: democratização do acesso, descentralização político-administrativa, integralidade dos serviços, equidade das ações e participação popular. Traçou-se como objetivo mister, através do SUS, assegurar que o Estado atue na função de viabilizador dessa política social tendo como perspectiva a esfera do direito.

Outrossim, o estudo também chama atenção para o fato de que, a partir dos anos 1990, esse projeto começa a ser questionado em virtude dos “vieses” neoliberais, ora em curso. Nesse mesmo período, o Serviço Social inicia as discussões sobre a elaboração de seu projeto ético – político, que se tornou hegemônico nessa mesma década. Essa construção se deu a partir da busca pela ruptura com o conservadorismo profissional, ocasião em que se firmou compromissos com os valores ético – políticos pautados na defesa da cidadania, da justiça social, assim como na constituição de uma sociedade que não haja exploração de classe, gênero ou etnia.

Na saúde, as práticas de adequação a esses ajustes, a exemplo do projeto privatista – que tem como princípios a contenção de gastos e a desresponsabilização do Estado frente as demandas sociais, foram articuladas ao então projeto de reforma societária, fruto da luta da classe trabalhadora pela conquista de direitos proporcionando uma conjuntura de precariedade dos serviços prestados e instabilidade nas relações de trabalho.

Durante o processo de coleta de dados alguns entraves foram observados quando nos deparamos com um quantitativo de assistentes sociais na gestão da Atenção Primária bem menor que o visualizado durante o período de construção do projeto de pesquisa. Em momento anterior, em termos numéricos, o percentual de assistentes sociais que ocupavam esses postos era de, aproximadamente, 70%. A redução foi “gritante”, visto que ao iniciarmos

o estudo esse quantitativo passou a ser de um pouco mais de 11%, trazendo consideráveis prejuízos na constituição da amostra.

Aliada a essa realidade, também registramos a escassez de sistematizações teóricas sobre a gestão de USF e sobre conteúdos que pudessem dar forma aos argumentos então propostos. Foram desafios consideráveis que evidenciaram a necessidade de se produzir mais reflexões teóricas sobre esse campo de atuação do assistente social.

Delimitar o conceito de autoimagem profissional foi um dos objetivos mais difíceis a serem alcançados. Todo o esforço empreendido na realização desse trabalho foi para chamar a atenção sobre as percepções, então construídas pelas próprias assistentes sociais gestoras, acerca das configurações que particularizam sua profissão no âmbito da saúde, mais especificamente, na gestão da Atenção Primária.

A medida que o processo investigativo, através da realização das entrevistas, ia se desenvolvendo, um determinado perfil se afigurava ao grupo pesquisado. Inicialmente constatou-se que 100% das gestoras são do sexo feminino com idades que variam entre 31 e 45 anos, quando entrevistadas. Observou-se também que 80% delas concluíram o curso de graduação em Serviço Social entre os anos 2008 e 2013 – período em que a profissão já se apresenta amadurecida, visto os ganhos obtidos no final da década de 1980 - fato que contrasta com a concepção de profissão ligada às “marcas de origem” que as gestoras demonstraram ter.

Por se tratar de um trabalho desenvolvido no âmbito da saúde, faz-se observável que o mesmo apresenta certa singularidade em si configurar como um serviço baseado na cooperação, já que diversos profissionais atuam num mesmo processo de trabalho, envolvendo uma complexa relação de cunho técnico-ideológico, tornando imprescindível a caracterização de traços e características inerentes a cada profissão, mas que se organizam de forma interdisciplinar alvejando a garantia da integralidade do serviço prestado.

Ao teorizar sobre o processo de construção da imagem social do Serviço Social, o estudo constatou que a profissão, apesar de fazer “jus” a um projeto profissional, então pautado na liberdade e na construção de uma nova ordem societária. Sua postura no capitalismo tem obedecido a uma historicidade que, apesar de assentada na execução do trabalho livre, o Serviço Social tem se deparado com realidades de atuação que, necessariamente, solicitam mediações no campo contraditório em que estão formuladas as Políticas Sociais. Assim, para sua compreensão do objeto, então particularizado nos diversos contextos da política social e também das matrizes teóricas que sustentam as diversificadas práticas que possam incidir, torna-se imprescindível, portanto, aliar a essa discussão o cenário

de adversidades trazidas para os interesses da classe trabalhadora no cenário do século XXI – do qual essas profissionais fazem parte. Apresentando como principal resultado o refluxo das lutas sociais em meio à crise contemporânea do capital, ocasião em que, a precarização nas relações de trabalho está na ordem do dia. O desafio que se apresenta ao assistente social, na atualidade, é o de estimular sua capacidade investigativa afim de compreender a realidade e construir propostas de trabalho que contemplem direitos que emergem da demanda social.

Retomando os dados da pesquisa, se faz observável que 100% das gestoras entrevistadas desempenham suas atividades sob vínculo de trabalho “comissionado” - o qual transita, por vezes, na seara da precarização acima descrita – fato esse confirmado durante o estudo. Por vezes, as duas situações se cruzaram fazendo-se presente o embate entre as fragilidades teóricas e as relações precárias de trabalho. Outrossim, o atual cenário sócio – político e sócio- econômico que se configura na contemporaneidade tende a reafirmar para a profissão a presença de traços tradicionais com novos formatos em um número cada vez maior de práticas.

Outra característica da atual conjuntura ideopolítica é a presença de relativa autonomia no cotidiano de trabalho, facilmente observada durante os depoimentos das entrevistadas. Essa realidade também se faz inerente a outras profissões em seus diversos espaços de atuação visto a necessidade de construção de um cotidiano de práticas em que se pese a necessidade de submissão hierárquica, própria do capitalismo, na execução de atividades para um fim antecipadamente determinado. Porém, essa relativa autonomia não pode ser confundida com a obrigatoriedade de execução de práticas pragmáticas e burocráticas que fazem alusão a simples execução de tarefas. O que a realidade conjuntural demanda é um profissional que se diferencie através de sua capacidade de leitura crítica da realidade.

De toda forma, independentemente dos parâmetros utilizados para a implementação de tal postura crítica, tem - se a convicção de que essa perspectiva não é algo natural ou que ocorra de maneira não conflituosa tanto nas organizações públicas como nas privadas. Contudo, precisam ser construídas na busca por mudanças importantes nas atuações profissionais e na oferta dos serviços prestados à população.

No mais, tendo em vista os desdobramentos oriundos desse estudo, se faz possível a compreensão de que os assistentes sociais que desempenham atividades no âmbito da gestão de USF - para que possam contribuir na defesa do projeto de Reforma Sanitária - se faz relevante assumir duas prerrogativas defendidas pela categoria em sua autoimagem profissional. A primeira é conhecer e/ou reconhecer o projeto hegemônico de sua categoria

enquanto parâmetro de atuação, independentemente, da função que ocupa, a exemplo da gestão e; 2) assumir a luta das massas que objetiva a formação de uma frente anticapitalista que vise a garantia de direitos e a ampliação da democracia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, S. H. Os despossuídos: crescimento e pobreza no país do milagre – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1985.

ABSS/CEDEPSS. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social, Rio de Janeiro, 1996.

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso e desafios – São Paulo: Martinari, 2011.

ALVES, G. O novo (e precário) mundo do trabalho: Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

ASHLEY, P.A. Ética e Responsabilidade Social nos negócios (orgs). São Paulo: Saraiva, 2002.

AZEVEDO, A.F; SARMENTO, H.B.M. Projeto Ético Político, necessidades e direitos sociais. In: Revista Serviço Social e Sociedade (nº 92). São Paulo: Cortez, 2007.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Ética e Serviço Social – Fundamentos Ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. Volume 2. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

BEHRING, E. R. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOCHETTI, I. Assistência Social no Brasil: Um direito entre originalidade e conservadorismo. 2ª ed. Brasília: GESST/SER/UnB, 2003.

____; SALVADOR, E. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período 1999 a 2004: Quem paga a conta?. Serviço Social e Saúde. – 4ª ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, 2009.

BRAVO, M. I. Serviço Social e saúde: desafios atuais. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios (13). São Luís: ABEPSS, Janeiro.- Junho / 2007.

____. Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde – 4ª ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, 2009.

____. Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio- históricos. – 1ª ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

BRAZ, M. O governo Lula e o Projeto Ético- Político do Serviço Social. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n.78, 2004.

BRAVO, M.I.S; MATOS, MC. Projeto Ético - Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional _ 4ª ed. _ São Paulo: Cortez, 2009.

CESAR, M.J. Serviço Social e reestruturação industrial: requisições, competências e condições de trabalho profissional. In: A nova fábrica de consensos/ MOTA.A.E (org.). São Paulo: Cortez, 1998

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL- CFESS (Org.).Reflexões sobre atribuições privativas do(a) assistente social. In: Em Questão: Atribuições Privativas do (a) Assistente Social. Brasília, 2002.

CORREIA, M.V.C. Serviço Social e Saúde/ Ana Elizabete Mota... [et al], (orgs) – 4 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, M.D.H. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: A nova fábrica de consensos/ MOTA, A.E (org.). São Paulo: Cortez,1998.

COSTA, C.R.C.S; EVANGELISTA, M.J.O. Gestão de recursos federais em saúde na modalidade convênio no município de Aracaju. In: Política e Gestão em Saúde: reflexões e estudos. São Cristóvão/SE: Universidade Federal de Sergipe, 2009.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

HARVEY, David. O enigma do capital e as crises do capitalismo. São Paulo: Boitempo,2011.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, M.V. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social – 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 10ª edição. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. As dimensões Ético – Políticas e Teórico – Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional _ 4ª ed_ São Paulo: Cortez, 2009.

IASI, M. Ensaio sobre consciência e emancipação. São Paulo: expressão popular, 2007.

JESUS, A. A e SANTOS; E. L. “O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: Um estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de Aracaju”. Trabalho de Conclusão do curso de Serviço Social: Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2010.

KOSIK, Karel. A dialética do concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

LISBOA, L.O. Representações de gestores e profissionais sobre o trabalho da rede de enfrentamento ao tráfico de pessoas com fins de exploração sexual em Sergipe – São Cristóvão, 2015.

MATOS, M. C. Cotidiano, Ética e Saúde: O Serviço Social frente à contrarreforma do Estado e à criminalização do aborto. Tese de doutorado em Serviço Social: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP, 2009.

_____. Serviço Social ,ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, S. S.. O Projeto ético-político e a prática profissional dos assistentes sociais na saúde. Dissertação de mestrado em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Serviço Social, 2006.

MOTA, A. E. [et al]. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2 ed. –São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

MOTA, A. E. Et al, (org) Serviço Social e Saúde. 4ª edição. – São Paulo: cortez; Brasília : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 4ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATEA FOME. SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Brasília, 2007.

NETO, A.B.S. Estética e Ética na perspectiva materialista. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

NETTO, J. P. Capitalismo monopolista e Serviço Social. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Transformações Societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social e Sociedade. nº 50. São Paulo, Cortez, 1996.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social: crise contemporânea, questão social e Serviço Social, Brasília:CFESS/ABEPSS/UNB/CEAD, 1999. Módulo 1.

_____. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. *Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*, Rio de Janeiro, n. 3, 2001.

_____. A Construção do projeto Ético – Político do Serviço Social. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional* _ 4ª ed_ São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós – 64 _ 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, V.M.R; MIOTO, R.C.T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional* _ 4ª ed _ São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, M.A. Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho (orgs.). São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1996.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F (Im) previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

PEREIRA, P. A. P.; STEIN, R. H. Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. et al (Org.). *Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.

PLIHON, Dominique. A mundialização financeira: gênese, custos e riscos/ CHESNAIS, F. (orgs). São Paulo: Xamã, 1998.

PIRES, Denise. Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

REZENDE, I; CAVALCANTI, L. F. (orgs). *Serviço Social e Políticas Sociais*. 3ª ed. Rio de Janeiro – Editora UFRJ, 2009.

RAICHELIS, R. A trajetória e o significado do controle social na política de assistência social: a diretriz constitucional em debate. In. *Cadernos de Texto da IV Conferência Nacional de Assistência Social. Participação e Controle Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS)*. Brasília, 2009.

RICHARDSON, Roberto J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, A. N. Programas complementares do bolsa família com foco na geração de renda: uma análise de sua operacionalização nos CRAS de Aracaju-SE / Aline do Nascimento Santos; orientadora Maria da Conceição Almeida Vasconcelos. – São Cristóvão, 2014.

SROUR, Robert Henry. Poder, Cultura e Ética nas Organizações: o desafio das formas de gestão. 13ª ed – Revista e ampliada. _ Rio de Janeiro: Elservier, 2005.

SIMÕES, C. *Curso de direito do Serviço Social* – 3ª ed. Ver. E atual. – São Paulo: Cortez, 2009.

TAVARES, M.A.S. O debate contemporâneo acerca da questão social. In: Revista Serviço Social e Sociedade (nº 92). São Paulo: Cortez, 2007

TAVARES, M. C. A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento. 2009. 257 f. Tese de doutorado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP: 2009.

TEIXEIRA, F.J.S. Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho (orgs.). São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1996.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: Serviço Social e Saúde _ 4 edª _ São Paulo: Cortez, 2009.

_____. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde _ 8º ed._ São Paulo: Cortez, 2012.

VIANNA, M. L. W. Seguridade Social e Combate a Pobreza no Brasil: O Papel dos Benefícios Não Contributivos. [On Line]. 2005. Acessado em 08/03/2015]. Disponível em: http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fprog_nao_contri.pdf.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, mediante autorização da Secretaria municipal de Saúde (SMS) de Aracaju, está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada – “A autoimagem produzida pelos assistentes sociais que desenvolvem atividades de gestão nas Unidades de Saúde da Família – USF do município de Aracaju/SE. Para tanto elencou-se como objetivos: analisar as configurações sócio- históricas da política de saúde no Brasil no âmbito da seguridade social, pontuando alguns aspectos relevantes cunhados na perspectiva do Estado enquanto espaço de construção e desenvolvimento dos sistemas de proteção social; fazer levantamento das ações desenvolvidas no trabalho de gestão em saúde tendo como foco a Atenção Primária e; identificar a prática do assistente social e a autoimagem produzida no âmbito da Atenção Primária no município de Aracaju/SE.. O estudo será desenvolvido através de roteiro/questionário de entrevista semiestruturada com gerentes de USF’s. A realização das entrevistas ocorrerá de acordo com a disponibilidade de datas e horários dos sujeitos envolvidos na pesquisa. A participação no estudo não é obrigatória para nenhum gerente. Cada sujeito participante é livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão e não haverá qualquer atitude recriminatória do mesmo. Nenhum participante da pesquisa terá seu nome divulgado e não terá despesas ou recebimento de dinheiro por participar do estudo. Não há nenhum risco, prejuízo, desconforto ou lesões que podem ser provocados pela pesquisa.

Enfatizamos o nosso interesse em disponibilizar, para os gerentes envolvidos na pesquisa, os resultados finais desta. A participação dos mesmos no estudo é muito importante, visto que irá colaborar com a produção do conhecimento sobre a temática e

com a formação da aluna-pesquisadora envolvida na realização do estudo, dentre outros resultados.

Garantimos o sigilo absoluto da identidade de todos os sujeitos que participarem da pesquisa, no entanto, solicitamos o consentimento dos mesmos para que as informações obtidas nesta pesquisa sejam divulgadas e apresentadas em eventos científicos ou publicados posteriormente. Em nenhum dos casos haverá a identificação dos nomes dos participantes.

PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO OU DÚVIDA SOBRE A PESQUISA ESTARÃO À DISPOSIÇÃO:

Pesquisador Responsável:

Mestranda em Serviço Social pela UFS – Evaneide Lima dos Santos. Telefone para contato: (79) 99881- 0456 E-mail: evalimassocial@gmail.com

Prof.^a Orientadora: Nailsa Maria Souza Araújo.

Após estes esclarecimentos, eu, _____, concordo em participar do estudo: A autoimagem produzida pelos assistentes sociais que desenvolvem atividades de gerência nas Unidades de Saúde da Família – USF do município de Aracaju/SE, mediante roteiro/questionário de entrevista semi estruturada. Fui devidamente esclarecido e inteirado(a) sobre seus objetivos, instrumentos, sua relevância, enfim, sobre o estudo num todo. Estou ciente de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou atitude recriminatória. Declaro ainda permitir a divulgação, apresentação e publicação das informações que serão resultantes deste estudo, sem identificação do meu nome.

Aracaju/SE, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante da pesquisa:

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA Nº:

UNIDADE DE SAÚDE:

DURAÇÃO:

BLOCO I

Perfil profissional:

- a) Idade:-----
- b) Sexo:-----
- c) Estado Civil: -----
- d) Religião:-----
- e) Grau de instrução da mãe:-----
- f) Grau de instrução do pai: -----
- g) Número de filhos: -----
- h) Formação Acadêmica: -----
- i) Ano de formação: ----- j) Instituição: -----
- l) noturno ou diurno: -----
- m) Formação complementar:
 - () Especialização
 - () Aperfeiçoamento profissional
 - () Mestrado
 - () Doutorado
 - () Outros
- n) Primeiro emprego como AS: -----
- o) Ano: -----
- p) Registro no CRESS: () SIM () NÃO

- q) Ano de admissão nessa unidade:-----
- r) Tipo de vínculo empregatício:
- () CLT
- () Estatutário
- () Terceirizado
- s) Sindicalizado: () SIM () NÃO
- t) Carga Horária semanal: -----
- u) Trabalha quantos dias por semana: -----
- v) Salário líquido: -----

BLOCO II

Prática Profissional

- a) O que é saúde pra você? -----
- b) O que você teria a comentar sobre a atual Política de Saúde? -----
- c) Você considera o SUS viável? -----
- d) Por quê? -----
- e) Quais os serviços de saúde prestados à população pela USF em que você atua? -----

- f) Você é incentivado (a) pela instituição para se aperfeiçoar profissionalmente?
() SIM () NÃO
- g) Você tem projeto de realizar algum tipo de aperfeiçoamento em breve?
() SIM () NÃO
- h) A relação com o profissional responsável pelo Serviço Social da USF ocorre:
() de forma satisfatória
() de forma insatisfatória
- i) Por quê? -----
- j) Há momentos de troca de conhecimento entre vocês: () SIM () NÃO
- k) No seu entendimento, como se dá a relação com as instituições empregadoras? É possível exercer as atividades profissionais com autonomia? -----

- l) Por quê? -----
- m) Qual o seu entendimento sobre o termo “autoimagem”? -----
- n) Qual a autoimagem produzida em seu fazer profissional? -----
- o) Por quê? -----

- p) Gostaria que a autoimagem do seu fazer profissional fosse diferente da, até então, construída? -----
- q) Você vê necessidade de mudanças? ()SIM () NÃO
- r) Em caso positivo, que mudanças propõe? -----
- s) Gostaria de tecer algum outro comentário nesse final de entrevista?